

香川大学医学部附属病院緩和ケア研修会参加申込書
(平成25年12月22日(日)～23日(月祝)開催)

| | |
|--|--|
| ふりがな | |
| 氏名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 ()歳 |
| 医籍登録番号 | 第 号 |
| 施設名 | |
| 所属 | |
| 役職 | |
| 職種 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他医療従事者 () |
| 臨床経験 | 年 |
| 緩和医療経験 | 年 |
| 住所 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 | 〒 香川県 |
| E-mail | |
| 電話番号 | |
| FAX | |
| 研修終了後厚生労働省HP等での氏名公開 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |

※御記載いただいた氏名等で修了証書を発行しますので、手書きの場合は楷書で記入してくださいませうお願いします。

募集期限:平成25年11月22日(金)