

2018年度 くまもと森都総合病院緩和ケア研修会参加申込書

FAX:096-364-8585

必ずe-learningを修了した上で、お申込みください。

フリガナ	
氏名	

※厚生労働省からの修了証で使用しますので、ご記入は楷書でお願いします。
(医師以外の方へは熊本県より修了証を交付します。)

年齢		医籍登録番号	
----	--	--------	--

(医師の方は必ずご記入下さい)

連絡先	郵便番号 (勤務先・自宅)	
-----	------------------	--

電話番号		FAX	
------	--	-----	--

E-mail	
--------	--

機関名・所属	
--------	--

職種	医師・薬剤師・看護師・保健師・その他()
----	-----------------------

役職名	
-----	--

臨床経験 年 緩和医療経験 年

e-learning修了証に記載されているID

弁当【24(日)昼食 1,000円】 要・不要

※医師の方へ

研修終了後、厚生労働省・熊本県ホームページでの氏名の公開 可・不可

お申込み方法について

・参加希望者は上記の「くまもと森都総合病院緩和ケア研修会参加申込書」にご記入の上、FAXにてお申し込みください。なお、定員に達し次第、締め切らせていただきますのでご了承ください。

申込み・お問い合わせ先

くまもと森都総合病院 地域医療連携室 (那須)
〒862-8655 熊本市中央区大江3-2-65
TEL 096-364-9790 FAX 096-364-8585