

くまもと森都総合病院 緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

年 月 日

FAX : 096-362-5204

\*申込時は「e-learning修了証書」も併せてご提出ください。

ふりがな			
受講希望者氏名	※厚生労働省からの修了証書で使用するので楷書でご記入ください。		
生年月日	西暦	年 月 日	生( 歳) 男・女
e-learning修了証書 受講者ID	*申込みの際、e-learningが修了していることが必要となっています		
e-learning修了証書 交付日	西暦	年 月 日	
職種		診療科	
医籍登録番号	※平成22年9月以降開催分から必要となっています		
臨床経験	年	緩和医療経験	年
住所	( 施設 ・ 自宅 ) 〒 - 電話番号 FAX番号		
施設名			
E-mail	@		
受講決定通知書および修了証の送付先	( 施設 ・ 自宅 ) 〒 -		
研修修了後の厚生労働省や熊本県ホームページ等での氏名公開	可 ・ 不可		
その他連絡事項			
弁当【2/25(土) 昼食 1,000円】※代金は当日受付で頂戴いたします。	要 ・ 不要		
(連絡先) 〒862-8655	熊本県熊本市中央区大江3丁目2番65号 くまもと森都総合病院 診療情報管理室 江川 TEL : 096-364-6000 (内線 1033) FAX : 096-364-5204 e-mail <a href="mailto:egawa-n@k-shinto.or.jp">egawa-n@k-shinto.or.jp</a>		