熊本赤十字病院緩和ケア研修会参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　※定員になり次第締め切らせて頂きます。

熊本赤十字病院　診療支援課　福村・上木　行

FAX：096-384-8819

　　　　　　　　　　　　　　　　　.

※厚生労働省発行の修了証書に使用しますので楷書でご記入下さい。

年齢　　　　歳　　　医籍番号（医師のみ記入）

住所（施設・自宅） 郵便番号　　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

※受講決定通知の送付先をご記入ください。

電話番号

携帯電話（研修会当日に連絡がとれる番号）

施設名　　　　　　　　　　　　　　 　 所属・所属科

職種（役職）

臨床経験 年　　　緩和医療経験 年

研修終了後厚労省ホームページでの氏名及び所属の公開　　可 ・ 不可

昼食（弁当1,000円）　　希望する ・ 希望しない

※希望される場合は、当日実費を徴収いたします。

※e-learning修了証書は6月30日（水）までに送信ください

【お申込み、お問合せ先】

〒861-8520 熊本市東区長嶺南二丁目1番1号

熊本赤十字病院 診療支援課　福村・上木

TEL：096-384-2111（内線6262）　FAX：096-384-8819