

兵庫県立がんセンター 総務課 小柴 城戸 行き  
FAX 078-929-2380

jimukyoku@hyogo-ganshinryo.jp

医師・歯科医師用

がん診療等に携わる医師等に対する緩和ケア研修会（東播磨医療圏域）受講申込書

西暦20 年 月 日

e-learning 受講者ID	※e-learningを修了していないと、 申込み出来ません。		
ふりがな		年齢	才 (2018年8月1日現在)
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
現在の勤務先			
所属科			
住所 修了証の送付 先となります	郵便番号	〒	(ハイフン不要)
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
電話番号	連絡のつき易 い番号・アド レス		
FAX番号			
e-mail			
研修医・専攻医	<input type="checkbox"/> 研修医 <input type="checkbox"/> 専攻医		
臨床経験年数	年		
緩和医療経験 年数	がん患者看取り 経験2人/年以上	年	
研修会後のHPなどでの 氏名公開	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
資格など			

【重要】 e-learning修了証と本申込書をFAXまたはメールしてください