

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

コメディカル用

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 <input type="checkbox"/> 男
現在の勤務先			
所属科			
職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 他 ()		
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		@	
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