

「第16回 平成30年度名大病院緩和ケア研修会」参加申込書

ふりがな		男		女	
氏名		年齢	歳		
↑厚生労働省からの修了証書で使用しますので楷書でお書きください					
医籍登録番号		e-learningID			
専門領域					
緩和医療経験	年	臨床経験	年		
医療機関名					
所属・職名					
〒	—				
住所					
→ 受講票・修了証書を自宅にお送りする場合は住所をお書きください					
電話	—		—		
FAX	—		—		
緊急連絡先	—		—		
↑携帯番号等、研修会当日に連絡が取れる番号をご記入ください					
E-mail	@				
E-mailでの諸連絡	可		不可		
研修修了後厚労省HPでの氏名公開	可		不可		

FAXまたはメールにてお申し込みください。

FAX: 052-744-2853 E-mail: jji-iji@adm.nagoya-u.ac.jp