

「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する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