

令和元年度山口県立総合医療センター緩和ケア集合研修会参加申込書

必ず、e-learning の修了証書を添付してください

フリガナ
氏名 _____ e-learning 受講者 ID _____

医籍登録番号 _____

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢 _____ (令和元年11月10日現在)

郵便番号 _____

住所(施設・自宅) _____ ※修了証を送付するために必要です。

電話番号 _____

FAX _____

施設名・所属 _____

役職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後、厚労省、県、本院 HP での氏名及び所属機関・診療科名の公開について
可 ・ 不可 (医師のみ)

参加費: **無料**、但しお弁当代(お茶付)として、1,100円を徴収させていただきます。

申込み: Fax にてお申し込みください。

連絡先: 山口県立総合医療センター
TEL: 0835-22-4411 (代表)
Fax: 0835-38-2210
総務課 担当 清水 (内線7112)
E-mail: shimizu.michiru@ymghp.jp