

三重県立総合医療センター緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな

氏 名

性別 (男 ・ 女)

※修了証作成に使用しますので楷書で大きく・はっきりとお書きください

年齢

才

医籍登録番号
・ 資格免許証番号

施設名・所属

職種

専門領域

・ 連絡先住所 (施設・自宅)

※受講案内等の送付先となります。

e-learning修了証書の受講者ID
(ID)

〒

住所

T E L :

F A X :

※当日の連絡先 (携帯電話等)

T E L :

e-mailアドレス:

臨床経験

年

緩和医療経験

年

※研修修了後、厚生労働省HPにて研修修了者氏名が原則公表されます。

公開について: 同意します ・ 同意しません

※令和7年7月18日(金)までに、FAXにて申し込みください。(先着順)

※受講決定者には後日、研修会詳細についてご連絡いたします。

※当研修会はe-learning修了後でないと受講できません。e-learning受講後、
修了証書を出力し、本申込書と同時にFAXしてください。

申込先: 三重県立総合医療センター事務局経営企画課 村上

〒510-8561 三重県四日市市大字日永5450-132

TEL: 059-345-2321 (代表) FAX: 059-347-3500