

# 熊本中央病院緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな

氏名：\_\_\_\_\_ ※修了証で使用しますので、楷書でお書き下さい。

年齢：\_\_\_\_\_ 歳 (R5.11.25 時点)

住所(施設・自宅)：(どちらかに○を付けてください)

〒 \_\_\_\_\_

電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

FAX番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

施設名・所属：\_\_\_\_\_ ※所属部科までご記入下さい。

職名：\_\_\_\_\_ 役職：\_\_\_\_\_

医籍等登録番号：第 \_\_\_\_\_ 号 医籍等登録年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

臨床経験：\_\_\_\_\_ 年 緩和医療経験：\_\_\_\_\_ 年

E-mail：\_\_\_\_\_

研修終了後、厚労省・熊本県 HP での氏名公開：可・不可 (どちらかに○をつけて下さい)

※記入後、e-learning の修了証書を添えて、お申し込みください。

※申込期間：令和5年 9月 4日(月)～令和5年 9月 29日(金)

【お申込み・お問い合わせ】

〒862-0965

熊本市南区田井島一丁目 5 番 1 号

熊本中央病院 総務課 工藤

TEL:096-370-3111(内線 2114)

Mail:soumuka@kumachu.kkr.or.jp