

別紙①（院外医師用）

第9回春日部市立医療センター 緩和ケア研修会参加申込書

フリガナ	
氏名	※厚生労働省からの修了証書に使用しますので、楷書でお書き下さい。
生年月日（年齢）	昭和・平成 年 月 日（ 歳） （平成29年4月1日現在）
住 所	（自宅・施設）〒
電話番号	
FAX	
所属施設名	
診療科（所属）名	
緩和ケア経験の有無	有 ・ 無
医籍登録番号	昭和・平成 年 月 日 第 _____ 号
臨床経験 （平成29年4月1日現在）	年
研修終了後、厚生労働省 のホームページの氏名公開	同意 ・ 同意しない
※研修会修了者は本人の同意があれば、氏名・所属が公開される場合があります。	

※ 9月30日（土）までに、FAX又は郵送にてご返送いただきますようお願いします。

春日部市立医療センター 事務部 総務課 渡邊・山本

電 話 048-735-1261（内線7326）

FAX 048-734-2471