令和６年度　岐阜県東濃地域緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな：

氏名：

※厚生労働省からの修了証で使用します。**楷書（医師免許証と同じ漢字）**でご記入ください。

年齢：

郵便番号：

住所（施設・自宅）：

医師免許証　　（ 医籍番号　　　　　　　　　　　　　）

電話番号：

E-mail：

※受講決定の連絡はメールで行います。楷書でお間違えのないよう、ご記入ください。

※PDFファイルが受診可能なメールアドレスをご記入ください。

施設名・所属：

役職：

臨床経験：　　　　　 　　年　（うち、緩和医療経験 ：　　　　 　　　年 ）

e－ｌｅａｒｎｉｎｇ研修修了証明書　：　ＩＤ

e-learningの修了証（コピー）は、**令和６年９月６日（応募締切日）**までに必ずご提出ください。締切日までに修了していない場合は受講できません。

【申込・連絡先】　岐県立多治見病院　がん診療連携センター　　担当：三宅、大藏

〒507-8522　岐阜県多治見市前畑町5-161

TEL: 0572-22-5311(内線3818)

FAX：0572-25-7513（直通）

E-mail：ganshinryo@tajimi-hospital.jp

＊上記項目を全てご記入の上、メール・FAXのいずれかでお申込みください。