

「第17回 ベルランド総合病院緩和ケア研修会」参加申込書

※修了証書作成に使用しますので楷書でご記入下さい

氏名 _____

かな氏名 _____ 年齢 _____

職種 ※○を付けてください ①医師 ②初期研修医 ③歯科医師

④看護師 ⑤薬剤師 ⑥その他(_____)

医籍登録番号(医師の場合必須)(_____)

所属施設 _____

診療科・所属 _____ 役職 _____

所属施設:住所 _____

所属施設:TEL番号 _____

E-mail _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

厚労省 HP 及び大阪府 HP での修了者氏名公開 【 可 ・ 不可 】 (どちらかを選択して下さい)

E-ラーニングの事前受講(必須) 【 済 ・ 未 】 (どちらかを選択して下さい)

※上記事項を全て記載の上、E-ラーニング修了証書を添えて、メール又はFAXにてお申込み下さい。

E-ラーニング修了証書が添付されていない場合は申込みを受け付けられませんのでご了承下さい。

連絡先:ベルランド総合病院 企画室 (担当:筒井、中井)

〒599-8247 堺市中区東山 500 番地 3

TEL:072-234-2001(代表)

FAX:072-234-9122(企画室)

E-mail: kikakushitsu2@bh.seichokai.or.jp