

緩和ケア研修会 参加申込書

泉大津急性期メディカルセンター

〒595-0031

大阪府泉大津市我孫子 97-1

担当：企画室 江頭

TEL：0570-02-1199（ナビダイヤル）

FAX：0725-58-8231

Email: gan_jimukyoku@imc.seichokai.or.jp

左記申し込み先まで
FAX か Email でお申し込みください

申込日： 年 月 日

ふりがな		医籍登録番号
氏名		
住所 （修了証郵送用）	〒	
TEL		
Mail		
施設名		
診療科		
経験年数	年	緩和経験年数 年
研修終了後厚生省 HP での氏名公開	☐ 可 ・ ☐ 不可	
e-learning 修了証も一緒に提出してください	確認チェック⇒ ☐	

※空白がないよう、ご記入ください。

※案内メールを送信いたしますので、受信可能なメールアドレスをお願いいたします。

※申込書が届き次第、1 週間以内に完了メールを送信いたします。

届かない場合は、ご連絡ください。