

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会(武蔵野赤十字病院)

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するので楷書でお書き下さい。

医籍登録番号

年齢

郵便番号

住所(施設・自宅) 後日、修了証書を郵送するためお間違いのないようご注意ください。

※施設住所を記載された方で 2019/10/1 以降勤務先が変更となる場合は下記担当者までお申し出ください。

電話番号

FAX

緊急時連絡先(携帯電話番号)

施設名・所属診療科

役職

臨床経験 年 緩和医療経験 年

E-mail

研修終了後厚労省 HP での氏名の公開 可 ・ 不可

《連絡先》

〒180-8610 東京都武蔵野市境南町 1-26-1

武蔵野赤十字病院 医療連携センター 担当：岡村・五味

TEL：0422-32-3111(内線 7501) FAX：0422-34-2835

E-mail：gansapo@musashino.jrc.or.jp

※e-learning 修了証書を添付の上ご提出ください。