**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**

※厚生労働省より交付される修了証書で使用しますので、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、年度途中に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

研修終了後東京都福祉保健局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　医療連携課　担当 ： 森本・古家

TEL：0422－32－3111( 内線7515 )　　FAX：0422－34－2835

E-mail：[gansapo@musashino.jrc.or.jp](mailto:gansapo@musashino.jrc.or.jp)

**※e-learning修了証書を添付の上ご提出ください。**