

三重県立総合医療センター緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな

氏名 性別（男・女）

※修了証作成に使用しますので楷書で大きく・はっきりとお書きください

年齢 才 医籍登録番号
・資格免許証番号

施設名・所属

職種 専門領域

・連絡先住所（施設・自宅）

※受講案内等の送付先となります。

e-learning修了証書の受講者ID
(ID)

〒 住所

TEL :

FAX :

※当日の連絡先（携帯電話等）

TEL :

e-mailアドレス :

臨床経験 年 緩和医療経験 年

※研修修了後、厚生労働省HPにて研修修了者氏名が原則公開されます。

公開について： 同意します 同意しません

※2019年5月7日（火）までに、FAXにて申してください。（先着順）

※受講決定者には後日、研修会詳細についてご連絡いたします。

※当研修会はe-learning終了後でない受講できません。e-learning受講後、
修了証書を出し、本申込書と同時にFAXしてください。

申込み先：三重県立総合医療センター事務局経営企画課 桐山
〒510-8561 三重県四日市市大字日永5450-132
TEL：059-345-2321（代表） FAX：059-347-3500