

横須賀共済病院 地域連携センター 地域連携室 行

FAX : 046-823-5020

2019年 月 日

2019年度三浦半島地域緩和ケア研修会 参加申込書

日 時 : 2019年7月7日 (日) 9:00~17:00 (予定)

場 所 : 横須賀共済病院 外来1号館5階 講堂

フリガナ			性別	男性・女性
氏名				
所属施設 (勤務先)			所属部署 (診療科)	
勤務先住所	〒	勤務先TEL	—	—
職種	医師 / 歯科医師 / 看護師 / その他()			
研修会に係る アンケート	臨床経験年数	約 年		
	緩和医療経験	あり / なし		
	ありの方のみ	緩和経験年数	約 年	
医師・歯科医師 のみ	医籍登録番号	第 号		
	研修修了後の氏名・所属の公開について	神奈川県および厚労省への氏名・所属先の公開 同意する / 同意しない		

※ 《参加申込書・e-learning修了証書》の2枚をFAXしてください

【注意事項】

- ・ご記入の際は、楷書体ではっきりとお書きください。
- ・申込後、当日の参加が難しくなった場合は、お早めにご連絡ください。
- ・ご案内を郵送いたしますので、開催日の1週間前になっても届かない場合には、お手数ですがご連絡ください。
- ・申込締切は**2019年6月14日(金)**とさせていただきます。

【お問合せ先】

横須賀共済病院 地域連携センター 地域連携室 (担当: 古瀬・原)

直通電話: 046-827-1117 (平日9:00~17:00)