

平成30年度山口県立総合医療センター緩和ケア集合研修会参加申込書

必ず、e-learning の修了証書を添付してください

フリガナ
氏名 _____ e-learning 受講者 ID _____

医籍登録番号 _____ 【職種： _____】

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢 _____ (平成30年11月18日現在)

郵便番号 _____

住所（施設・自宅） _____ ※修了証を送付するために必要です。

電話番号 _____

F A X _____

施設名・所属 _____

役 職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後、厚労省、県、本院 HP での氏名及び所属機関・診療科名の公開について
可 ・ 不可 (医師のみ) _____

参加費：無料、但しお弁当代（お茶付）として1,100円を徴収させていただきます。

申込み：Faxにてお申し込みください。

連絡先 山口県立総合医療センター
TEL：0835-22-4411（代表）
FAX：0835-38-2210
担当 総務課 清水（内線7112）
E-mail:shimizu.michiru@ymghp.jp