

高槻病院 緩和ケア研修会 参加申込書

(ふりがな： )

氏名 \_\_\_\_\_

※ 修了証に使用しますので楷書でご記入下さい。

性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_ 医籍番号 (医師のみ記入) \_\_\_\_\_

※ 厚労省提出資料に必要ですので必ずご記入ください。

医師免許取得 (医師のみ記入) 昭和 ・ 平成 \_\_\_\_\_ 年

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年 緩和医療経験 \_\_\_\_\_ 年

※ 医師と医師以外の方も必ずご記入下さい。

研修修了後 厚労省HPでの氏名公開 可 ・ 不可 \_\_\_\_\_

※ 厚労省提出資料に必要ですので医師と医師以外の方も必ずご記入ください。

【連絡先：施設又は自宅】

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

施設名・所属 \_\_\_\_\_

役職名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

E・m a i l \_\_\_\_\_

【連絡先】 〒569-1192 高槻市古曾部町 1-3-13

社会医療法人愛仁会 高槻病院 診療情報管理室 担当：能勢・菊池

TEL：072-681-3801 (内線 3712)

FAX：072-682-3834