

FAX: 048-296-8247

埼玉協同病院 教育研修センター 行

緩和ケア研修会 参加申込書

以下の情報は、厚生労働省に情報提供いたしますので、予めご承知ください。
※氏名は、医籍・歯科医籍登録されている字体でご記入ください。

| | | | | | | | |
|--|--------|------------------------|----|---|---|-------|--|
| ふりがな | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | |
| 職種 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師・その他() | | | | | |
| 医籍・歯科医籍登録番号 (医師・歯科医師のみ) | | 第 | | 号 | | | |
| 資格取得後年数 | | 年 | ヵ月 | がん診療 従事年数 | 年 | ヵ月 | |
| 所属施設 | 施設名 | | | | | | |
| | 所属 | | 役職 | | | | |
| | 住所 | | 〒 | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | |
| | E-mail | | @ | | | | |
| 研修修了後、国が氏名及び所属先を公開することについてご承諾いただけますか。 (○印を付けてください) | | | | 承諾する | | 承諾しない | |
| e-learning受講者ID ※未修了の場合も記入が必要となりますので、IDを取得してください。 | | | | | | | |
| e-learning受講状況 (○印を付けてください) ※e-learning修了証書の確認をもって正式申し込みとなります。 | | 修了済み | | e-learning修了証書と申込書を一緒にFAXしてください。 | | | |
| | | 未修了 | | 申込書をFAXしてください。仮申し込みとなりますので、研修会3日前までにe-learning修了証書をFAXしてください。 | | | |