

# F A X 送 信 票

FAX 番号 : 0246-27-2148 (磐城共立病院総合医局)

担当 : 診療情報管理室

「第 10 回がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 in 浜通り」

## 参 加 申 込 書

フリガナ		生年月日	昭和	平成	年	月	日
氏名							( 歳)
自宅住所	〒						
	連絡先(携帯)		FAX				
所属医療機関	名称						
	住所	TEL		FAX			
		部署		役職			
	職種	① 医師 ② 歯科医師 ③ 看護師 ④ 薬剤師 ⑤ 理学療養士 ⑥ 作業療養士 ⑦ 臨床心理士 ⑧ 言語聴覚士 ⑨ MSW					
臨床経験年数	年	緩和医療経験年数	年	医籍登録番号	第	号	
研修参加日	① 6/9 (土)、6/10 (日) の両日 ※「区分A、B」の両方取得 ② 6/9 (土) のみ ※「区分A」のみ取得 ③ 6/10 (日) のみ ※「区分B」のみ取得						
連絡先 E-mail							
希望連絡先	① 自宅 ・ ② 所属医療機関						
修了後の氏名公開	① 可 ・ ② 不可 ※ 厚生労働省HPへ受講修了者として公開されることがあります。						
昼食	6/9 (土) (要 ・ 不要 ) 6/10 (日) (要 ・ 不要 ) ※ お弁当代 1,000 円/1 日分 (お茶付き)						