

提出先：橋本市民病院 診療情報課 阪本あて (FAX：0736-37-1880)
 期限：10月15日(火) 必着

2019年度和歌山県においてがん等の診療に携わる医師等に対する
 緩和ケア研修会集合研修 参加申込書【医師用】

病院名：_____

連絡先：_____

所属科		臨床年数	年
ふりがな 氏名		麻薬処方 経験の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
免許登録番号		昼食の手配 (1,000円)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
厚生労働省ホームページ等での 氏名および所属・所属科の公開について		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
e-learning 修了証書交付日 (交付日より2年以内有効)		年	月 日
所属科		臨床年数	年
ふりがな 氏名		麻薬処方 経験の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
免許登録番号		昼食の手配 (1,000円)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
厚生労働省ホームページ等での 氏名および所属・所属科の公開について		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
e-learning 修了証書交付日 (交付日より2年以内有効)		年	月 日

※ 集合研修の申し込みには e-learning 修了証書が必要です。
 必ず参加申込書と e-learning 修了証書を印刷し、併せてご提出ください。