

尾道総合病院 医療福祉支援センター
FAX: 0848-22-5102
令和6年9月27日(金)までにお申し込みください。

令和6年度広島県がん医療従事者対象
JA尾道総合病院緩和ケア研修会申込書

令和 年 月 日

施設名: _____

令和6年11月23日開催の標記研修会について、以下のとおり申込みします。

氏名		性別	男・女
所属・役職		年齢	
専門分野			
医籍登録年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
医籍登録番号	第	号	
研修終了後、厚生労働省HPでの氏名及び所属の公開の可否			可・不可
連絡先	住所		
	電話番号		FAX番号
	E-mail		

備考:既に受講歴がある方はご記入ください。

--

- 該当項目には○で囲んでください。
- 研修会終了後、県への実施報告に必要な項目(修了証書発行)がありますので、漏れのないようにお願いいたします。
- 申込後変更がある場合は、至急ご連絡ください。

連絡先 尾道総合病院 医療福祉支援センター 中司 TEL 0848-22-8111(代)

※ 記入いただきました個人情報について、本研修会以外に使用することはありません。