

尾道総合病院 医療福祉支援センター

FAX: 0848-22-5102

令和7年9月19日(金)までにお申し込みください。

令和7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7年11月9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。

ふりがな				性 別	男 ・ 女
氏 名					
所 属 ・ 役 職				年 齢	
専 門 分 野					
医籍登録年月日 ※医師のみ	昭和・平成・令和		年	月	日
医籍登録番号 ※医師のみ	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。
- 記入欄が不足の場合、コピーしてご利用ください。
- 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 JA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。