

岡山県緩和ケア研修会(岡山済生会総合病院主催)

令和5年7月30日(日)

【 集合研修参加申込書 】

必要事項をご記入の上、e-learning修了証書を添えて、郵送・FAX・E-Mailのいずれかでお申し込みください。

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
性別	男 ・ 女
職種	医師・歯科医師・その他()
医籍登録番号	第 号
経験年数	臨床経験 年・緩和ケア経験 年
e-learning修了証書のID	



勤務先	
現在の勤務先	
診療科名	
役職名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mailアドレス	

緩和ケア研修会修了者の氏名・所属のホームページ公開にかかわる同意書

私は、厚生労働省「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に示されているとおり、「岡山県緩和ケア研修会」修了者として、都道府県を通じて厚生労働省健康局総務課がん対策推進室へ報告され、氏名・所属を公開されることについて同意いたします。

令和 年 月 日

同意する

・

同意しない

(どちらかに○をしてください。)

申込書送付先： 岡山済生会総合病院 学術支援センター MA室 中島 公代 宛 【郵 送】〒700-8511 岡山市北区国体町2-25 【FAX】086-252-5562 【E-mail】kanwa@okayamasaiseikai.or.jp
--