

FAX送信先：03-3480-5700

東京慈恵会医科大学附属第三病院 緩和ケア研修会 参加申込書
(医師用) (平成29年10月7日～8日開催分)

ふりがな

氏名

※厚生労働省からの修了証に使用しますので、楷書でお書きください。

医療施設名

診療科名

役職

臨床経験 年 緩和医療経験 年

生年月日(年齢) 昭和・平成 年 月 日(満 歳)

連絡先住所(施設・自宅) 〒

電話 FAX

E-mail @

医籍登録番号 医師免許取得年月日(S・H) 年 月 日

研修修了後厚生労働省HPでの氏名公開 可・不可

※募集締切：平成29年9月14日(木)

※但し、予定数を超過した場合は募集を締め切らせていただきますので予めご了承願います。
ご受講いただけない場合は、個別にご連絡させていただきます。

提出先 東京慈恵会医科大学附属第三病院 管理課(担当:野中、安部)
〒201-8601 東京都狛江市和泉本町4-11-1
電話：03-3430-8686(内線3712)自動オペレーター
FAX：03-3480-5700
E-mail：daisan_kanrika@jikei.ac.jp

FAX送信先：03-3480-5700

東京慈恵会医科大学附属第三病院 緩和ケア研修会 参加申込書
(看護師、コメディカル用) (平成29年10月7日～8日開催分)

ふりがな

氏名 _____

※東京都福祉保健局長による参加証に使用しますので、楷書でお書きください。

医療施設名 _____

所属・役職 _____ (役職 _____)

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

生年月日 (年齢) 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)

連絡先住所 (施設・自宅) 〒 _____

電話 _____ FAX _____

E-mail _____ @ _____

研修修了後厚生労働省HPでの氏名公開 可・不可 _____

※募集締切：平成29年9月14日 (木)

※但し、予定数を超過した場合は募集を締め切らせていただきますので予めご了承願います。
ご受講いただけない場合は、個別にご連絡させていただきます。

連絡先 東京慈恵会医科大学附属第三病院 管理課 (担当:野中、安部)
〒201-8601 東京都狛江市和泉本町4-11-1
電話：03-3430-8686 (内線3712) 自動オペレータ
FAX：03-3480-5700
E-mail：daisan_kanrika@jikei.ac.jp