

FAX送信票（添書不要です）

2024年度 島根大学緩和ケア研修会参加申込書

FAX番号：0853-20-2063

島根大学医学部医療サービス課がん診療担当 宛

申込み施設名： _____ 住所： 〒 _____

TEL： _____ E-mail： _____ ご担当者： _____

◎参加希望者が3名以上の場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。

番号	氏名 (修了証書に記載しますので 判読できるように記載して下さい)	所属診療科	職名	年齢	医籍登録番号 (医師は記入して下さい)	臨床経験 年数	緩和医療 経験年数	電話番号 (当日連絡 のつくもの)	厚労省HPでの 氏名・所属の 公開について	昼食 弁当申込 有・無
1	フリガナ								可・不可	有・無
2	フリガナ								可・不可	有・無
3	フリガナ								可・不可	有・無

※厚生労働省HPへの氏名及び所属の公開について：可または不可いずれかに○をお願いします。

※昼食弁当申込：有または無をいずれかに○をお願いします。

申込みされた方は、弁当代(1,000円)を受付時にいただきます。

申込み締切り：2024年8月9日(金)17:00 必着（定員になり次第締切りといたします）

e-learningの修了証も必ず一緒に提出して下さい。

※参加申込み後に出欠不可となった場合は至急ご連絡下さい。