

送付先

静岡県立静岡がんセンター
疾病管理センター 事務局 宛
FAX 055-989-5713
E-mail gankyoten@scchr.jp

静岡県立静岡がんセンター
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会参加申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名				
所属施設				
所属部署		役職		
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他			
	その他の場合			
経験年数		医籍登録番号		
修了証書送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	住所 〒			
連絡先	電話			
	メールアドレス			
e-learning ID		修了年月日	年	月 日
厚生労働省が、所属と氏名を公開することに <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない				

※e-learning 修了証書のコピーを添付し、メールまたは FAX でお申込みください。
申込締切後、御記入いただきましたメールアドレスへ受講の御案内を送信させていただきます。