

参加申込書

- 必ず e-learning 修了証書も添えて提出して下さい
参加申込書と e-learning 修了証書を Fax するか e-mail に貼付して下さい
- e-mail 申し込みの場合、スマートフォンなどで本紙を撮影した画像データを添付して下さい

 参加を希望する研修施設に、レ点を記入して下さい。

☐ 聖隷浜松病院 がん診療支援センター

Tel.053-474-2614 Fax.053-474-2615 Mail : hmcan-tsc@sis.seirei.or.jp

☐ 浜松医科大学医学部附属病院 医事課医事係

Tel.053-435-2604 Fax.053-435-2153 Mail : iji-syc@hama-med.ac.jp

☐ 浜松医療センター 医療連携室

Tel.053-451-2760 Fax.053-452-9217 Mail : byoushin@hmedc.or.jp

☐ 聖隷三方原病院 地域医療連携室

Tel.053-439-0001 Fax.053-439-0002 Mail : mk-renk@sis.seirei.or.jp

フリガナ 氏 名	(歳) 男・女
施設・所属 (医師は診療科)	
メールアドレス	@
施設 住所	
施設 電話番号	
本人 携帯番号	
職 種	・医 師 (科) ・看護師 (※) ※認定／専門資格あれば記入 ・その他 ()
職業経験年数	年
医籍登録番号 (医師のみ)	
医療用麻薬の使用状況	・使用しない ・時々使用する ・頻繁に使用する
e-learning 修了証書 ID	