

令和元年 独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター
 がん等の診療に携わる医師当に対する緩和ケア研修会

受講申込書

申請日 年 月 日

ふりがな				性別	男 ・ 女
氏名	※医師免許に記載されている氏名を楷書でご記入ください。			年齢	歳 ※令和元年10月14日現在
住所	勤務先 ・ 自宅 〒 ※受講案内・修了書等の送付先になりますので、必ず受領できる住所をご記入ください。				
TEL	※緊急時も含め連絡のつきやすい番号をご記入ください。				
FAX					
E-mail					
勤務先 (施設名)					
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 専攻医 (年目) <input type="checkbox"/> 研修医 (年目)				
専門科					
役職					
医師免許					
臨床経験	年	緩和医療経験	年		
e-learning ID			受講修了日	年	月 日
※申込みの際は、緩和ケア研修会e-learningの修了証書を一緒にご提出ください。					
氏名の公開	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※医師は、上記にチェックをお願いします。厚生労働省、埼玉県HPの修了書一覧に掲載されます。				

※領収証の宛名が受講者氏名以外をご希望の場合には宛名をご記入ください。

領収証宛名	
-------	--

<申込先> 独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター
 総務企画課： 西山 高須

E-mail または FAX にて申し込みください。
 〒330-0074 さいたま市浦和区北浦和4-9-3
 TEL 048-832-4951 FAX 048-833-7527
 E-mail : kenshu@saitama.jcho.go.jp