

北見赤十字病院 第11回緩和ケア研修会参加申込書

フリガナ

氏名 _____

※厚労省からの修了証で使用するので楷書でお書き下さい。

年齢 _____ 性別 男 女 (○で囲んで下さい。)

郵便番号 _____

住所(施設・自宅)

電話番号(当日繋がる番号を記入下さい) _____

施設名・所属 _____

職種 _____ 役職 _____

医師の場合 医籍番号(必ず記入下さい) _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後厚労省 HP での氏名公開 可 ・ 不可 (医師のみ)

オピオイドの処方経験 あり ・ なし _____

* 申し込み締め切りは 7 月 26 日です。
* e-learning の修了書は一緒に提出していただいても後日(8月15日(木)締め切り)提出でも結構です。

申し込み・お問い合わせ:
北見赤十字病院 がん対策推進室
主事 伊藤 智美
〒090-8666 北見市北6条東2丁目1
TEL:0157-24-3115 内線 2209
FAX:0157-22-3339
E-mail:to_itoh@kitami.jrc.or.jp