

北見赤十字病院 第15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しますので楷書でお書き下さい。

年齢 _____

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8月8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16日(金)締め切り)提出でも結構です。ただし、登録は事前に行い、下記に ID を記載して下さい。

お問い合わせ、申し込み:

北見赤十字病院 緩和ケア委員会
事務局 医事課 高橋・加藤

〒090-8666

北見市北6条東2丁目1番

TEL:0157-24-3115 内線 2209

FAX:0157-22-3339

E-mail: kanwa_care@kitamirch.jp

e-ラーニングの ID: _____