

—FAX送信票—

申込期限 5/28 (日)

沼田病院緩和ケア研修会 参加申込書

※申込書と一緒にe-learning修了証書の写しをFAXにて送付してください。

e-learning修了証書の提出がない方は申込をお受けできません。

フリガナ		
氏名 ※楷書でご記入ください		
年齢・性別	歳	男・女
e-learning 修了者受講ID		
修了証書交付年月日	年	月 日
医籍登録番号	第	号 (医師・歯科医師のみ)
職種	医師・看護師・薬剤師・その他()	
専門領域(科)		
臨床経験	年	緩和医療経験 年
所属施設名		
所在地	〒	
電話番号		
FAX		
E-Mail	@	
研修修了者の氏名及び所属・所属科を公開することについてご承諾いただけますか。	承諾します	承諾しません

※この申込書に記載された個人情報は、本研修会関連以外では利用いたしません。

申込先・お問合せ先
〒378-0051
群馬県上沼田市上原町1551-4
独立行政法人国立病院機構沼田病院
地域医療連携室 関 竹内
TEL:0278-23-3972 FAX:0278-23-2157