

## 第16回 姫路医療センター緩和ケア研修会 参加申込書

e-learningの状況 <small>どちらかに○をしてください</small>	修了している  <small>修了証書を印刷し、添付してください</small>	8/30までに修了する  <small>修了次第、修了証書を速達で郵送してください</small>	
ふりがな			
氏 名	<small>修了証書で使用しますので、楷書で丁寧にお書きください</small>		
年 齢	歳	性 別	男性 ・ 女性
所属施設名			
所属施設 連絡先	住 所	〒 <small>修了証書などの送付先となります</small>	
	電話番号		
	FAX番号		
	E-mail		
職 種			
所属科			
役 職	<small>研修医・専攻医の場合もお書きください</small>		
医籍登録番号 (医師のみ)	第		号
臨床経験		年	
緩和医療経験		年	
<small>研修後、厚生労働省及び兵庫県HPでの氏名等公開</small>	可	・	不可