

第10回 市立函館病院「緩和ケア研修会」参加申込書

(ふりがな)	はこだて たろう			
氏 名	函 館 太 郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女	年 齢	35 歳
所 属・役 職	市立函館病院 消化器内科 医長 ※ 所属については、「〇〇科」など部署名までご記入ください。			
職 種・医 籍 登 録 番 号	(職種)	(医籍登録番号)※医師の方のみ		
	医 師	第	000000	号
専 門 領 域	肝臓疾患			
がん診療・緩和ケア 経験年数	(がん診療)	10	年	(緩和ケア) 5 年
がん患者に対する 麻薬使用経験	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無			
e-learning ※修了者以外は受講できません	<input checked="" type="radio"/> 修了済み ・ <input type="radio"/> 未修了			
厚生労働省HPへの 氏名・所属公開	研修終了後、厚生労働省HPへ氏名・所属が公開されます。			
ご 連 絡 先	住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 函館市港町1丁目10番1号		
	電 話 番 号	(0138) 〇〇 〇〇〇〇(内〇〇〇)		
	F A X 番 号	(0138) 〇〇 〇〇〇〇		
	Eメール アドレス	〇〇〇@△△△. ×××. ◎◎. jp		

【あて先】 市立函館病院 事務局 医療連携課研修会事務担当 石橋／平田

(〒041-8680 函館市港町1丁目10-1)

電 話 0138-43-2000(内線4272)

F A X 0138-43-8310

Eメール renkei@hospital.hakodate.hokkaido.jp