

茨城県緩和ケア研修会(筑波大学附属病院)申込書

受講会場： 筑波大学附属病院

FAX： 029-853-3404

筑波大学附属病院 総合がん診療センター 緩和ケア研修会事務局 御中

※以下の情報は、茨城県に情報提供いたします(医師の場合は厚生労働省も含む)ので、予め御承知ください

(ふりがな) 氏名	* 氏名は必ず医籍登録されている字体でご記入ください。		
職種 (○印をつけてください)	医師	薬剤師	看護師
医籍登録番号 (医師のみ)	第		号
資格取得年数		がん診療従事年数	
専門分野/経験年数 (グループ分けの参考にいたします)	/		
医療機関名/所属	/		
住所	〒		
電話番号			
FAX番号			
メール(未記載可)			
研修修了後、国及び茨城県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。 (○印をつけてください)	承諾します		承諾しません
お申込みの際は、「参加希望欄」に○をつけてください。	申込期限	平成26年5月16日(金)	参加希望欄
	研修区分A	平成26年6月7日(土)	
	研修区分B	平成26年6月8日(日)	
研修区分Aまたは研修区分Bのみに参加される方へ、右の1~3に○をつけてください。	1. 都合上、片方の研修区分のみを申し込みます。		
	2. 今年度、別の会場の緩和ケア研修会に申し込みます(ました)。		
	3. 過去に片方の研修区分に出席しました。		
	※2または3に○をつけた方は、以下に参加(予定)年月日、病院名、研修区分(AまたはB)を御記入ください。		
	平成	年	月
			日
	病院開催		
	研修区分(A ・ B)		

※研修区分Aと研修区分Bを別々の医療機関での受講を希望される方は、それぞれの医療機関の申込用紙を、それぞれの医療機関へFAXしてください。

※参加希望者が募集人数を上回った場合、選考いたします。また、参加希望者が殺到した場合、申込み期限前に募集を締め切ることもあります。予め御了承ください。