別添１

**神戸医療センター緩和ケア研修会参加申込書（医師・医師歯科医師用）**

 **ふりがな**

 　**氏　　名**

  **※修了証書の作成に使用しますので楷書でお書き下さい。**

 　**年齢**　　　　**歳** **医籍番号**

 　**現在の勤務先及び職名**

 　**専門領域**

 **連絡先** 電話番号： 　 　 　ＦＡＸ：

　　　　　　 Ｅメール：

  **ｅラーニング修了の有無について○印を付けて下さい。**

**１．有（有の場合はｅラーニング修了証書の写しを添付）**

**２．無（修了書の提出期限：平成３１年１月１８日（金）必着）**

※提出期限までに修了書の提出がない場合には、参加を辞退していただく場合

　がございますので、予めご了承下さい。

 **研修終了後の所属及び氏名の公開** 可　　　　　不可

　　　　　　　　　　　　　　　　　（該当箇所に○印をご記入願います）

【申込ＦＡＸ送信先】

　　　　　　　　　**０７８－７９４－１５６９**

【連絡・郵送先】

　　　 〒654-0155　兵庫県神戸市須磨区西落合３－１－１

 　 独立行政法人国立病院機構

　　　　　 神戸医療センター外来係長　川﨑

 　　　　TEL 078-791-0111（内線407）