

神戸医療センター緩和ケア研修会参加申込書（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：

○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○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：令和 2 年 1 月 2 4 日（金））

※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

（どちらかに○印をご記入願います）

【申込 F A X 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

TEL 078-791-0111（内線407）