

第13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 地域連携課 研修会事務担当 越野／小久保

(〒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