

# 名古屋市立西部医療センター緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

※厚生労働省からの修了証で使用するので楷書でお書き下さい。

医籍登録番号 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所(施設・自宅) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

施設名・所属・所属科 \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_

役職 \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年      緩和医療経験 \_\_\_\_\_ 年

E-mail \_\_\_\_\_

研修終了後厚労省 HP での氏名等公開      可      ・      不可

申込書に e-learning の修了証を必ず添付してください。

〒462-8508

名古屋市立西部医療センター

担当:管理課庶務係 原山

TEL:052-991-8121

FAX:052-916-2038

E-mail: kanwa@west-med.jp