

F A X 送信票

返信先 : 広島赤十字・原爆病院 総合相談支援センター (田村) 宛

FAX 番号: 082-504-6676

平成 29 年度第 1 回がん診療従事者対象緩和ケア研修会参加申し込み

平成 年 月 日

病院名

平成 29 年 6 月 17 日・18 日開催の標記研修会について、以下の通り申し込みします。

① 病院名			
② 氏名 (フリガナ)		性別	男・女
③ 所属・職名		年齢	歳
④ 専門分野			
⑤ 医籍登録年月日	昭和・平成	年	月 日
⑥ 医籍登録番号	第	号	
⑦ 研修修了後、厚生労働省のHPでの氏名及び所属公開の可否	可・不可		
⑧ 連絡先	住所 【書留での修了証送付先】	〒	
	電話番号		
	FAX 番号		
	E-mail		

※平成 29 年 5 月 26 日 (金) 17 時までに FAX または郵送でお申込みください。

※上記⑤・⑥・⑦は研修会終了後に広島県への実施報告に必要な項目となります。

※記入された個人情報については、本研修以外の目的で使用することはありません。