

飯伊緩和ケアセミナー2019 受講申込書

2019年7月7日(日)開催

飯田市立病院 庶務課庶務係 宛

○受講希望者について、次の太枠内の項目に記入してください。

※ 修了証書に使用しますので、楷書でご記入ください。

氏名	フリガナ		性別	男 ・ 女
			年齢	歳
職種	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ その他 ()			
医籍登録番号	第	号	※ 修了証書の発行時に必要となりますので、医師・歯科医師の方は必ずご記入ください。	
所属機関 (連絡先)	名称	飯田市立病院	部署名	役職
	所在地	〒395-8502 長野県飯田市八幡町438番地		
	電話	(0265) 21-1255	FAX	(0265) 21-1266
緊急連絡先	セミナー当日に連絡のつく電話番号			
E-mail	携帯電話等以外のアドレス			
連絡事項				

○受講手続き

1 申込方法

この「受講申込書」に必要事項を記入のうえ、庶務課庶務係へご提出ください。

添付書類：e-learning修了証書の写し

2 申込締切日 2019年6月14日(金)