

# 飯伊緩和ケアセミナー2024 受講申込書

2024年6月30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	部署名	役職
	所在地	〒	
	電話	( )	FAX
緊急連絡先	セミナー当日に連絡のつく電話番号		
E-mail			
連絡事項			
厚労省・県HPへの氏名・所属公開			
がん診療・緩和ケア経験年数	(がん診療) 年	(緩和ケア)	年

○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、飯田市立病院へご提出ください。

添付書類：e-learning修了証書の写し

2 申込締切日 2024年6月14日(金)