

## 緩和ケア研修会 参加申込書

### 1. 受講希望日 (いずれかに○印をつけてください。)

	A研修 (7/15) 及びB研修 (7/16) の両方を受講
	A研修 (7/15) のみ受講
	B研修 (7/16) のみ受講

### 2. 過去の緩和ケア研修会の受講状況について

A研修	修了した (平成 年 月 日) ・ 修了していない
B研修	修了した (平成 年 月 日) ・ 修了していない

※過去にA・B研修のいずれかを修了している場合は、受講した施設から交付されたA研修またはB研修のみ修了したことを証明する証書を、受付時にご提出ください。

### 3. 研修会参加者

ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (満 歳)		
職 種 (医師は専門領域 をご記入ください)	医師の場合：専門領域 ( )		
勤 務 先	名 称		
	役職名		
	住 所	〒	
	TEL		
経 験 年 数	年	うちがん診療の 経験年数	年
医籍登録番号 (医師の方は、 ご記入ください)			
修了者の公表可否	「青森県がん情報サービス」に修了者の氏名・所属の公表を予定していますが、公表の可否についてお伺いします。 (いずれかに○をつけてください) 公表について ( 可 ・ 否 )		

お申し込みは平成30年6月22日(金)までに、下記担当あてにFAX送信願います。

【申込先】 〒030-8553 青森市東造道2-1-1

青森県立中央病院 がん診療センター企画室 小田桐

TEL : 017-726-8344 FAX : 017-752-9088