

FAX送信票/横浜南共済病院 地域連携室 行

FAX番号 045-786-2686

横浜南共済病院主催 令和元年度横浜南共済病院緩和ケア研修会 参加申込書

(院外医師用)

※厚生省からの修了証に使用しますので楷書でお書き下さい。

フリガナ			
氏名	男・女		
生年月日	昭和	・平成	年 月 日 生
医籍登録番号			
医療機関名			
所属科	科		
住所 (勤務先)	〒 —		
電話番号 (勤務先)		電話番号 (個人)	
<small>※平日8:30~17:00までの間に連絡が取れる番号の記載をお願いします</small>			
臨床経験	年	緩和医療経験	年
日本医師会員	有・無	厚生省のHP 氏名の公開	可・否

- ・今年度より新指針で実施するため受講にはあらかじめe-learningの受講が必須となります。
- ・参加希望者多数の場合は先着順とします。
- ・こちらの参加申込書の全ての項目をご記入の上、令和元年9月13日(金)までにFAXにてお申込み下さい。

ご不明な点は 地域連携室 までお問い合わせください

《問合せ先》 横浜南共済病院 事務担当:地域連携室 【電話】045-782-2101(内線1627)

地域 連携 室 記載 欄	項目①	項目②	項目③	受講No.	受付No.	受付日
	【備考】					