

第20回 丹波圏域 がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 申込書

兵庫県立丹波医療センター主催

ふりがな	必ず記入してください	
氏 名	厚労省からの修了証で使用するので楷書でお書きください	
年 齢		歳
性 別		男性 ・ 女性
住 所	講義テキスト・修了証書等の送付先となります	〒
電話番号	こちらからご連絡を差し上げることがあります。 連絡がしやすい番号・アドレスをご記入ください。	
FAX番号		
E-mail		
所属施設		
職種・専門科		
役職		
研修医・専攻医の場合は○を記入ください	研 修 医 ・ 専 攻 医	
医籍登録番号（医師のみ）	第	号
臨床経験	年	
緩和医療経験	年に2人以上のがん患者看取り経験年数	年
認定・専門資格	お持ちの場合はご記入ください	
研修会後厚労省HPでの氏名公開	可 ・ 不可	
研修会後当院HPでの氏名公開	可 ・ 不可	