県立薩南病院 緩和ケア研修会 参加申込書

【受講者】

ふりがな

＊ 氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　（[ ] 男・[ ] 女）　 年齢：

　　　　　　※修了証書に記載しますので，楷書で大きく，正確に記入してください。

＊e-learning受講者ID：

　　　　　　　　　※e-learningのWebサイトで取得した受講者IDを記入してください。

＊ 職　種：[ ] 医師　[ ] 看護師　[ ] 薬剤師　[ ] ＭＳＷ　[ ] その他（　　　　　 ）

＊ 医籍登録番号：

＊ 臨床経験年数：　　　　　年 緩和医療経験年数：　　　　　年

　　　　　　　　 ※グループ分け等の参考とします。

＊ 修了者として氏名及び所属・所属科を公開することの同意（[ ] 可・[ ] 否）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※医師のみ記入

　 e-mail：

　 緊急時連絡先：

 （携帯電話番号等）

　 送付先住所：〒

　　　　　　　 ※所属以外への送付を希望される場合のみ記入してください。

【所　属】

＊ 名　称：

　 役　職：　　　　　　　　　 　 診療科：

＊ 住　所：〒

＊ 電　話：　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ：

＊ 同一施設から複数申し込む場合の施設内優先順位（　　　　／　　　　）

　※　＊印は必ず御記入ください。

　※　４月２２日（月）までに郵送又はＦＡＸにてお申し込み下さい。

　※　問合せ先　　鹿児島県立薩南病院　院　　長　三枝　伸二

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　経営課長　有村　康治

〒897-1123 鹿児島県南さつま市加世田高橋1968-4

TEL 0993-53-5300　FAX 0993-53-6764

e-mail sat-hos@pref.kagoshima.lg.jp