

県立大島病院 経営課 川畑 あて (FAX番号0997-52-9957)

※ 送信票は必要ございません。当用紙だけお送りください。

県立大島病院 緩和ケア研修会 参加申込書

ふりがな

氏 名 : _____ (口男・口女) 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 I D :

※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。

所 属 名 :

所属住所 :

所属電話番号 :

所属FAX番号 :

職 種 : 医師 看護師 薬剤師 MSW その他 ()

役 職 名 : _____ 診療科 : _____

医籍・歯科医籍登録番号 :

臨床経験年数 : _____ 年 緩和医療経験年数 : _____ 年

E-mail :

緊急時連絡先（携帯電話番号等）:

修了証書送付住所 :

※ 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。

昼食希望の有無 : 必要 不要

※昼食代金(1,000円)は、当日、受付で集金いたします。

※ 令和8年1月9日(金)までに、県立大島病院経営課 川畑まで、FAXで提出してください。(FAX番号 0997-52-9957)

※ お問い合わせ先 県立大島病院 経営課 川畑 (0997-52-3611)