

※申込書をご記入の上、FAXで送付してください。

東京都立墨東病院令和5年度緩和ケア研修会 参加申込書

ふりがな

氏名 _____

※厚生労働省からの修了証に使用しますので、楷書ではっきりとお書きください。

年齢 _____ 性別 _____

所属施設名 _____

所属施設住所 _____

診療科名 _____

連絡先電話番号 _____ ※当日も連絡可能な番号としてください。

E-mail _____ @ _____

※申込後の連絡に使用いたしますので、E-mailアドレスを必ず記入してください。

臨床経験 _____ 年（うち緩和医療経験 _____ 年）

医籍登録番号 _____

参加を希望する回 _____ ※○で囲ってください。

第1希望 ②3/2（土）

研修修了後厚生労働省HP等での氏名公開 可 ・ 不可 _____

※定員に達しましたら期限を待たずに募集を締め切らせていただく場合がございますので、
予めご了承ください。

問合せ先 東京都立墨東病院医事課医療サービス担当
〒130-8575 東京都墨田区江東橋4-23-15

電話：03(3633)6151

FAX：03-3633-6225