

令和6年度 愛媛県緩和ケア研修会PEACE
2024年8月3日(土)四国中央病院開催 参加申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 生 (歳)
性別	
緩和ケア研修会 受講経験の有無	有 (主催団体名: 受講年月日:) ・ 無
医籍登録 (医師のみ記入)	昭和 平成 年 月 日 第 号
e-learning受講者ID	※ e-learning受講を修了していること
臨床経験	年
厚労省HPへの氏名および所属施設名等の公表の可否	可 否
<勤務先について>	
現在の勤務先	
診療科名	
役職名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
<緊急連絡先等>	
携帯電話等	
E-mailアドレス	

申込方法 参加申込書に必要事項を記入のうえ、e-learning修了証書のコピーと合わせて
事務局までFAXにてお申し込みください

FAX番号 : 0896-56-6081(地域医療連携室FAX)

事務局・問合先 公立学校共済組合四国中央病院 医療情報課 高橋・古川
〒799-0193 愛媛県四国中央市川之江町2233
TEL : 0896-58-3515 FAX : 0896-56-6081

■お送りいただいた個人情報は、この研修会開催にのみ使用し、他の目的では一切使用いたしません。