

第15回函館五稜郭病院 緩和ケア研修会 参加お申込み用紙

※FAXの場合、本紙のみの送信で構いません。

〆切：2024年8月3日(土)

函館五稜郭病院 企画情報システム課企画係 宛
FAX:0138-56-2695 / Mail:d-hashiura@gobyu.com

WEB申込
も可能です



e-learning受講状況 ※どちらかに○	修了済み 修了証書を必ず添付してください。	未修了 必ず8/5までに修了証書をご提出ください。 (受講中の場合、受講者IDを記入：_____)
---------------------------	--------------------------	---

フリガナ			男・女	年齢	歳
氏 名					
医療機関名					
部署名(診療科)					
職種	経験年数	年	緩和医療 経験年数	年	
医籍登録番号 (※医師の方のみ)			専門分野		
研修修了後、厚生労働省HP への氏名および医療機関名 の公開の可否	可 ・ 否				
ご連絡先	電話番号:() - Eメール:				
1年以内に近親者や大切な方をがんで亡くされた経験					あり ・ なし
連絡事項 ※受講にあたり、なにか気掛かりな 事があれば自由にご記載ください。					

※ 応募人数が定員に達した場合、参加をお断りする場合がございます。ご了承ください。

※ 2名以上のお申込みをされる際には、本紙をコピーして記載願います。