

申込先 FAX : 0565-43-5100 豊田厚生病院 企画課 鈴木 宛
E-mail : can-kyoten@toyota.jaaikosei.or.jp

第18回豊田厚生病院緩和ケア研修会 参加申込書

フリガナ

1. 氏名

※厚生労働省からの修了証で使用しますので楷書でご記入ください。
2. 年齢

3. 郵便番号

4. 住所（施設・自宅）

5. 電話番号

6. FAX

7. 所属施設名

8. 所属

9. 役職

10. 臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年
11. E-mail アドレス

※E-mail にて e-learning の受講に関する案内をしますので、パソコンのメールを受信できるアドレスを E-mail アドレス欄に記載ください。
12. お弁当注文 希望 _____ ・ 希望しない（ご自身で昼食を準備）
※お弁当の注文を希望する場合は当院にて 1,000 円（弁当とお茶）で用意いたします。希望しない場合、ご自身で昼食を準備してください。（院内に売店あり）
13. 研修修了後、厚労省HPでの氏名公開 _____ 可 _____ 不可
14. 医籍登録番号

問い合わせ先 : 0565-43-5000（代表）
豊田厚生病院 企画課 鈴木