

# 《大阪市立総合医療センター緩和ケア研修会受講申込書》

開催日 平成30年3月17日(土)・3月18日(日)

氏名 \_\_\_\_\_ (ふりがな \_\_\_\_\_)

※厚労省又は大阪府からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

施設住所 : \_\_\_\_\_

施設名 : \_\_\_\_\_

部署名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

※確認等があれば連絡いたしますので、日中の連絡先をご記入ください。

※該当に○を付けてください。

職種 : 医師 ・ 歯科医師 ・ 研修医 ・ 看護師 \_\_\_\_\_

その他( \_\_\_\_\_ )

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年 緩和ケア従事年数 \_\_\_\_\_ 年

※該当に○を付けてください。○のない場合は可として手続きいたします。

厚労省及び大阪府HPでの所属・所属科及び氏名公開 \_\_\_\_\_ 可 ・ 不可

緩和ケア研修会の受講 \_\_\_\_\_ 初回受講 ・ 2回目以降の受講

※医師のみ

医籍登録番号( \_\_\_\_\_ )

○申込締切:平成30年1月19日(金)必着

○申込先・事務局

①郵送の場合

〒534-0021

大阪市都島区都島本通2丁目13番22号 大阪市立総合医療センター

医事課(地域医療連携担当) 鈴木・西谷宛

電話:06-6929-1221(代表)

② FAXの場合 06-6929-0886(地域医療連携室)