

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31年3月24日(日)

※申込書と併せて e-learning 修了証書のコピーをご提出ください。

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。

施設名

診療科・所属部署

連絡先

※日中の連絡先をご記入ください。確認等があれば、ご記入いただいた連絡先にご連絡いたします。

※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31年1月25日(金) 必着

事務局【申込・問合せ先】

〒534-0021

大阪市都島区都島本通 2-13-22

地方独立行政法人 大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター

医事課(患者相談担当) 鈴木・森脇

TEL：06-6929-1221 (代表)