

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 令和7年6月7日（土）

※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：)

※厚労省からの修了証で使用するので楷書でお書き下さい。

施設名

診療科・所属部署

〒
住 所

※受講可否通知・修了証書の郵送先として利用させていただきます。

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：令和7年4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

がん医療支援センター 鈴木・渡邊

TEL：06-6929-1221（代表）