提出先 ： 橋本市民病院　診療情報課　阪本 宛（FAX：0736‐37‐1880）

期　限 ： 10月13日（金）必着

**2023年度「和歌山県においてがん等の診療に携わる医師等に対する**

**緩和ケア研修会」（橋本市民病院主催） 参加申込書【医師用】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | |
| 連絡担当者 | 所属： |  | 氏名　： |  |
| 連絡先 | 電話： |  | メール： |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科 |  | 臨床経験年数 | | |  | | | 年 | |
| ふりがな |  | 麻薬処方  経験の有無 | | | 有　無 | | | | |
| 氏　名 |  |
| 医籍登録番号 |  | 昼食の手配  (税込1,000円) | | | 要　不要 | | | | |
| e-learning修了証書交付日(交付日より2年以内有効) | |  | 年 |  | | 月 |  | | 日 |

**※ 集合研修の申し込みにはe-learning修了証書が必要です。**

**必ず参加申込書とe-learning修了証書を併せてご提出ください。**

**※ 締切日を過ぎた時点でのキャンセルは原則としてできません。**

（郵送の場合：〒648-0005　和歌山県橋本市小峰台二丁目8番地の1

　　　　　　　　　　　　　　　橋本市民病院　診療情報課　阪本　宛）