

【医師用】

2025 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：	

ふりがな			
氏 名			
診療科		臨床経験年数	年
医籍登録番号		麻薬処方 経験の有無	☐ 有 ☐ 無
e-learning 修了証書交付日(交付日より2年以内有効)		年	月 日
研修終了後、厚労省 HP 等での氏名等公開		☐ 可	☐ 不可

※ 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。

提出先：橋本市民病院 医事情報課 阪本 宛

F A X：0736 - 34 - 6233

住 所：〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台二丁目8番地の1

期 限：10月24日（金）必着