

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」

主催：高知大学医学部附属病院

令和元年 10月27日（日）研修会 参加申込書

送付先：高知大学医学部・病院事務部総務企画課研究推進室

E-mail：is21@kochi-u.ac.jp

FAX：088-880-2227

（送信から5日経過しても受信連絡がない場合はご連絡ください。）

※申し込み期限：令和元年10月7日（月）

氏名 _____ (ふりがな) _____ 年齢 _____ 歳

※修了証に使用しますので楷書でお書き下さい。

e-learning 受講者ID _____ ※申し込み時はID取得のみで可

e-learning（オンライン学習サイト）は <https://www.jspm.ne.jp/> ≪日本緩和医療学会ホームページ≫にあります。

e-learningは令和元年10月15日（火）までに修了してください。

郵便番号 _____ - _____

住所（施設・自宅） _____

電話番号 _____ - _____ - _____ （当日、連絡がとれる番号をご記入ください。）

FAX _____ - _____ - _____

E-mail _____

施設名・所属 _____

職種 _____ 役職 _____

医籍登録番号 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

研修修了後厚生労働省HPでの氏名及び所属・診療科の公開 可 ・ 不可 _____

◎研修会全体を撮影し、広報に使用させていただく場合がございますので、ご了承ください。

お問い合わせ：高知大学医学部・病院事務部総務企画課研究推進室企画係

担当：岡村

TEL：088-880-2180

FAX：088-880-2227

e-mail：is21@kochi-u.ac.jp