（別紙）

ＦＡＸ　０８２９－３６－５５７３

メール　mi.daidou@hirokouren.or.jp

ＪＡ広島総合病院　総務課　大道 /　山下　　行　　【申込期限：平成29年5月19日（金）まで】

**ＪＡ広島総合病院緩和ケア研修会　参加申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | 年齢 |  |
| 住　　所  （施設・自宅） | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  | |
| 施設名・所属 |  | | | |
| 役　　職 |  | | | |
| 臨床経験 | 年 | 緩和医療経験 | 年 | |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  | | | |
| 研修終了後  厚労省ＨＰでの  氏名公開 | 可 　　　　　・　　　　 不可 | | | |
| 医籍登録 | 昭和 ・平成　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　第　　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 参加可能日  （いずれかに○） | 1. 全課程　【 6/4(日）・6/11（日） 】   ② 6/4 （日）のみ参加  ③ 6/11（日）のみ参加 | | | |