

岡山県緩和ケア研修会(岡山大学病院主催)(平成30年11月3日)

<<参加申込書>>

ふりがな	
氏名	※厚労省又は岡山大学病院からの修了証に使用しますので楷書で記入願います
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳) / 性別( )
医籍・歯科医籍登録番号 (医師・歯科医師のみ)	
経験年数	臨床経験 年 / 緩和医療経験 年
e-learning修了証書のID	

職種	医師 ・ 歯科医師 ・ その他( )	
現在の勤務先 又は開業医院名		
所属科及び所属部署		
役職名		
所在地	〒	
電話番号		
FAX番号		
E-mailアドレス		
研修会終了後、氏名及び所属・所属科を 公開することについてご承諾いただけますか	承諾する	承諾しない

※ 選択部分は該当表示を○で囲ってください

申込書送付先: 岡山大学病院 医事課診療支援担当 辛嶋・片山(内線:7072)

【E:mail】 sinryousien@adm.okayama-u.ac.jp

【FAX】 086-235-7613

**\* 応募締切 \* 平成30年9月28日(金) <先着順>**

申込み修了後に案内状を送付いたします