

令和 2 年度 緩和ケア研修会受講申込書

【開催日：令和3年1月9日（土）】

- 1 氏名 (ふりがな)

- ## 2 施設名・所属

- ### 3 役職（職名）

- ## 4 專門科

- ## 5 連絡先

- (1) 住所

- (2) 電話番号

Tel () —

- (3) e-mail : @

※本申込書をもとに厚生労働省発行の修了証等を作成しますので、ご記入の際はお間違えの無いように
 お願いします。また、必ずふりがなをお書き添えください。

- 6 添付書類 ①医師免許証の写し

- ②e-learning 修了証書の写し

- ## 7 HPでの研修終了者氏名公開の可否

可 · 不可

※この研修を終了した医師は厚生労働省に報告され、原則として氏名及び所属が公開されます。

これに対する可否についてお尋ねするものですので、いずれかに「○」をして下さい。

(医師のみご記入お願いします。)

※上記にご記入いただき、添付書類とともにがんセンター事務室までご返送ください（締切：12月10日）

【申込先】

鳥取大学医学部附属病院 がんセンター事務室

TEL : 0859-38-6292 FAX : 0859-38-6297

E-mail : gan-center@med.tottori-u.ac.jp

担当者：景山・吾郷