

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 専門科

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 H P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