

# 第9回宝塚市立病院主催阪神圏域緩和ケア研修会

## 参加申込書

【医師以外の医療従事者用】

e-learning 受講者ID	IDがない場合は、申込みできません。 e-learningを受け、ID を取得してください。	受講状況： 未受講・受講中・受講修了（いずれかに○をしてください）  ID：
ふりがな	必ず記入してください	
氏名	厚労省からの修了証 で使用しますので楷 書でお書きください。	
年齢		歳
住所	修了証書等の送付 先となります。	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅
		〒
電話番号	こちらからご連絡をさ しあげることがありま す。連絡がつきやす い番号・アドレスをご 記入ください。	
FAX番号		
E-mail		
所属施設		
役職		
職種		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
認定・専門資格	お持ちの場合はご記 入ください	
臨床経験		年
緩和医療経験		年

連絡先：宝塚市立病院 経営統括部 医事担当 大久保

TEL：0797-87-1161      内線：3357

E-mail：m-takarazuka0200@city.takarazuka.lg.jp