

第10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） I D：
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 で使用するので楷 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。	☐ 勤務先 ☐ 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。連絡が付きやす 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		☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ☐ 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