

第12回大阪府済生会野江病院緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな

氏名 _____ 性別 男・女 _____

※厚生労働省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢 _____ 歳 施設名・所属 _____

専門分野 _____ 役職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和ケア経験 _____ 年

医籍登録番号 _____

医療用麻薬処方 なし 1~5件/月 6件以上/月

【ご連絡先】 郵便番号 _____

住所(施設・自宅) _____

電話番号 _____ E-mail _____ @ _____

職種 ※該当に○をつけて下さい。①医師 ②歯科医師 ③看護師

④薬剤師 ⑤臨床心理士 ⑥その他(_____)

スマートフォン・タブレット等所有の有無 _____ 有・無 _____

所有する機器 _____ スマートフォン・タブレット・ノートパソコン _____

研修修了後厚労省及び大阪府HPでの氏名公開 _____ 可・不可 _____

<問い合わせ先>

大阪市城東区古市1丁目3番25号

大阪府済生会野江病院

担当:経理課 藤原圭佑

TEL:(06)7634-8708(直通)

FAX:(06)6932-0922

E-mail: noe.kanwa@noe.saiseikai.or.jp