東海大学医学部付属八王子病院　東京都一般型緩和ケア研修会申込書

※修了証発行の手続きに下記の項目が必要となります。枠内に記入をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ） |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生　　（　　　）歳 |
| 自宅住所および電話番号 | 〒　　　　　　－　　　　　　　　TEL　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　　（携帯・自宅） |
| その他連絡先 | TEL　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　（自宅・勤務先：　　　　　　　　　　　　　　　　）FAX　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　（自宅・勤務先：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経 験 年 数 | 　医　　療　　（　　　　　）年　がん診療　　（　　　　　）年　緩和ケア　　（　　　　　）年 |
| その他 | 専門科目： 医籍登録番号：身分・役職：教授・准教授・講師・助教・臨床助手・他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 厚生労働省ホームページにて研修修了者氏名の公開について□　公開可　　□　公開不可 |

＊締切　２０１８年１０月５日（金）１７時まで　　担当　医事課　小嶋

TEL：042-639-1111（内線：5969）　　　FAX：042-639-1158

　　　　　E-mail： kojimaemi.121@tokai-u.jp