

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会

国際医療福祉大学熱海病院 参加申込書

ふりがな

氏名

医籍登録番号

※厚生労働省からの修了証で使用しますので、お名前は楷書でお書き下さい。

また、医籍登録番号は当院より県へ実施報告する際に必要になりますので、必ずご記入ください。

年齢

住所（勤務先・自宅）

〒

電話番号

施設名・所属

役職

臨床経験

年

緩和医療経験

年

E-mail

研修終了後静岡県HPでの氏名公開

可

否

問い合わせ・連絡先：国際医療福祉大学熱海病院 地域医療連携室 飯島

TEL：0557-81-9171（代表） FAX：0557-81-7553

E-mail：[h.ijima@iuhw.ac.jp](mailto:h.ijima@iuhw.ac.jp)