

【提出先】

川崎市立川崎病院 患者総合サポートセンター 藤田宛て

FAX:044-246-1052

※「e-learning修了証書」も一緒にお送りください。

令和5年度 川崎市立川崎病院 緩和ケア研修会 申込書

施設名 /所属			
住所	〒  ( 勤務先 ・ 自宅 )※修了証書の送付希望先住所をご記入ください。		
ふりがな 氏名		電話番号	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
E-mail			
職種	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 その他医療従事者( )		
医籍登録番号 (医師のみ)			
研修修了後の厚生労働 省HPでの氏名公開	可	不可	
緩和ケアに 携わった年数	年	臨床経験年数	年
e-learning登録ID			

※上記の項目はもれなくご記入ください。個人情報とは当研修会のため以外には使用いたしません。

【お問い合わせ】川崎市立川崎病院 患者総合サポートセンター 藤田(電話:044-233-5521(代表))