

鳥取市立病院緩和ケア研修会参加申込書

氏名 _____ (ふりがな)

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢 _____

修了証書送付先(施設・自宅)

郵便番号 _____

住所 _____

緊急連絡電話番号(集合研修日) _____

施設名 _____ 所属(診療科) _____

役職(職種) _____

医籍登録番号 第 _____ 号

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後厚労省 HP での氏名公開 ☐ 可 ☐ 不可

※医籍登録番号及び研修終了後厚労省HP氏名公開については、医師の方のみ
ご記入願います。

連絡先 : 〒680-8501 鳥取市的場 1-1
鳥取市立病院 がん相談支援センター
担当: 米山
TEL: 0857-37-1522(代表)
FAX: 0857-37-1558
E-mail: cancer@hospital.tottori.tottori.jp