

米子医療センター緩和ケア研修会受講申込書

独立行政法人国立病院機構

米子医療センター院長 様

「米子医療センター緩和ケア研修会募集要領」の受講を申し込みます。

記

1. 受講希望者

(1) 氏 名:

(2) よみがな:

(3) 所 属:

(4) 役 職:

(5) 診 療 科:

(6) e-learning受講時
のメールアドレス

(7) 住 所:

(8) 電 話:

※本紙をもとに修了証等を作成しますので、ご記入の際はお間違いの無いようお願い
します。また、必ずふりがなをお書き添えください。

2. 添付書類

・医師免許証の写し（医師のみ）

・e-learning修了証書の写し※後日でも構いません。

3. 修了者公表の可否

いずれかを「○」で囲んでください。（医師のみ）

(1) 同意する

(2) 同意しない

※この研修を修了したものは厚生労働省に報告され、原則として氏名及び所属が公開
されることになっております。これに対する可否をお尋ねするものです。

注意事項

昼食は、各自でご準備ください。