

別紙様式1 (医師・歯科医師用)

提出先 紀南病院 庶務課 山林あて

F A X 0 7 3 9 - 2 6 - 0 9 2 5

提出期限 2 0 1 8 年 9 月 2 8 日 (金) 必着

2018年度「和歌山県においてがん等の診療に携わる医師等に対する
緩和ケア研修会集合研修」参加申込書 (医師用)

施設名				
連絡先	所属所名		電話	
	担当者名		F A X	

ふりがな 氏 名		医籍登録番号	
診療科名		職名	
臨床経験年数	年	麻薬処方経験 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
e-learning 修了証書交付日		年 月 日	
ふりがな 氏 名		医籍登録番号	
診療科名		職名	
臨床経験年数	年	麻薬処方経験 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
e-learning 修了証書交付日		年 月 日	

※集合研修の申し込みには e-learning 修了証書が必要です。

必ず申込用紙と e-learning 修了証書を印刷し、併せて提出してください。

※申し込み期限経過後のキャンセルは承れません。