

岡山県緩和ケア研修会（岡山医療センター主催）（令和7年10月26日）参加申込書

氏名			
	※厚労省からの修了証に使用しますので楷書で記入願います。		
ふりがな			
生年月日	昭和・平成	年	月 日生（ 歳） / 性別（ ）
医籍登録番号	登録年月日		／ 番号 号
経験年数	臨床経験	年	／ 緩和ケア経験 年
e-learning修了証書のID			

現在の勤務先 又は開業医院名			
診療科名			
役職名			
所在地	〒		
電話番号			
FAX番号			
E-mailアドレス			
研修修了後の 氏名公開	（厚労省ホームページ） 可 ・ 不可 / （岡山県ホームページ） 可 ・ 不可		

※選択部分は該当表示を○で囲ってください。

申込書送付先：国立病院機構岡山医療センター 管理課 庶務係長 伊藤

【E-mail】 ito.ryosuke.gn@mail.hosp.go.jp

* 応募締切 * 令和7年9月16日(火)