

岡山県緩和ケア研修会(岡山医療センター主催)(令和8年8月2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 倉谷・三宅

【E-mail】 504-okayamashomu@mail.hosp.go.jp

*** 応募締切 * 令和8年6月30日(火)**