

FAX送信先（0772-46-5121）

※ このままファックスしてください

京都府立医科大学附属北部医療センター

医事課（高奥）行

（院内の方は医事課へ送付）

「がん診療に携わる医師・看護師等に対する緩和ケア研修

（集合研修）」参加申込書 （締め切り 11/2（金））

※定員：30名 定員人数になり次第締め切ります

（H30.11.25 会場 京都府立医科大学附属北部医療センター）

申し込みまでに必ずe-learningを修了してください。

施設名：

FAX番号：

— —

1	氏名		フリガナ	職種（所属科）	医籍番号(医師のみ)
				(科)	
	臨床経 験年数	職場の連絡先（電話番号）		氏名及び所属の公開に ついて	e-ラーニング受講ID
	年	TEL		同意します 同意しません	
2	氏名		フリガナ	職種（所属科）	医籍番号(医師のみ)
				(科)	
	臨床経 験年数	職場の連絡先（電話番号）		氏名及び所属の公開に ついて	e-ラーニング受講ID
	年	TEL		同意します 同意しません	
3	氏名		フリガナ	職種（所属科）	医籍番号(医師のみ)
				(科)	
	臨床経 験年数	職場の連絡先（電話番号）		氏名及び所属の公開に ついて	e-ラーニング受講ID
	年	TEL		同意します 同意しません	

（注1）申込書に基づき修了証の氏名を記載いたしますので、楷書で御記入をお願いします。

（注2）申込書受領後、当院から「申込確認通知」をファックスでお送りいたしますので、未着の場合は、当院まで御連絡をお願いします。

（注3）「氏名及び所属の公開について」は、修了者一覧を京都府で公開する場合の意向確認です。

（注4）医師の方は医籍番号と所属科を必ず御記入ください。