

帝京大学医学部附属病院 帝京がんセンター事務局 行

FAX: 03-3964-9342

*お申し込みFAXを受信後、受信した旨をメールもしくはお電話にてご連絡いたします。

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会（帝京大学医学部附属病院）
参加申込書 平成29年2月25日（土）・26日（日）

（ふりがな）.....

氏名 (歳) 男・女 医籍登録番号

※厚労省からの修了証書に記載されます。正しい字で、楷書でお書きください。

施設名（勤務先名）

所属部署 役職

臨床経験 年 緩和医療経験 年

※年齢、経験は研修会グループ分けに用います。必ずご記載をお願いいたします。

施設（勤務先）住所

〒 ー 都道 府県 市区

電話番号

緊急時の連絡先（携帯電話等）

E-mail

※いただいた個人情報は本研修会の受付登録および必要なご連絡のみに使用し、その他の目的で使用することはありません。

◆研修修了後 厚労省ホームページでの氏名公開 . . . 可 ・ 不可

◆研修修了後 東京都ホームページでの氏名公開 . . . 可 ・ 不可

お弁当 2月25日（土）（要・不要） 2月26日（日）（要・不要）

（実費 一食につき 1,000円）

記入漏れがないかご確認の上、上記FAX番号へご送信ください。

お申し込み・お問い合わせ

帝京大学医学部附属病院 帝京がんセンター事務局

電話 03-3964-3091(直通) Fax 03-3964-9342

*ご質問等は E-mail ganteam@med.teikyo-u.ac.jp までお願い申し上げます。