

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 10 月 28 日（土）・29 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

〒 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。

※ 研修を修了された医師は、厚労省および東京都のホームページの修了者名簿に氏名公開されます。

不都合がある方は「不可」に○をつけてください。

◆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 10月28日（土）（要・不要） 10月29日（日）（要・不要）

（実費 1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。