

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27年12月6日（日）・20日（日）

（ふりがな）.....

氏名 _____（ _____ 歳） _____ 医籍登録番号 _____

※厚労省からの修了証に記載されます。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 12月6日（日）（要・不要） 12月20日（日）（要・不要）

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。