

※必ず、e-learning 修了証書を添付の上お申し込みください。

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会（帝京大学医学部附属病院）
集 合 研 修 参 加 申 込 書 平成 31 年 4 月 22 日（月）

（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

緊急時の連絡先（携帯電話等）

E-mail

e-learning ID (e-learning修了証書の右上、氏名の下に印字されているID)

e-learning パスワード

※e-learning ID・パスワードは、集合研修当日に使用します。お間違いの無いようにご記入ください。

※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ございません。

※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

記入漏れがないかご確認の上、e-learning修了証書を添えて下記までFAXまたはE-mailでお申し込みください。

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

〒173-8606 東京都板橋区加賀2-11-1

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。