

※ 必ずe-learning修了証書を添付の上ご提出ください。

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

2026年4月23日（木）開催

ふりがな		年齢	性別	医籍登録番号
氏名				
臨床経験	年目	緩和医療経験		年目

※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。

施設名（勤務先名）			
所属部署		職位	
施設（勤務先）住所	〒		
電話番号（内線）	(内線)		
緊急時の連絡先 (携帯番号等)			
E-mail			
e-learning ID	e-learning開始時に登録されたIDをご記入ください。e-learning修了証書の右上にも印字されています。		

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

研修修了後、厚生労働省ホームページでの氏名公開	
研修修了後、東京都ホームページでの氏名公開	

※研修を修了された医師は、厚生労働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。
ご承諾いただける方は「可」、不都合がある方は「不可」とご記入ください。

<お申し込み・お問い合わせ先>

帝京大学医学部附属病院 帝京がんセンター事務局

TEL : 03-3964-1211 (内線 30370)

E-mail kanwa-kenshu@teikyo-u.ac.jp