**大阪府済生会富田林病院　緩和ケア研修会　参加申込書**

**氏　名（漢字）※**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（ふりがな）**

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

性別　　　男 ・ 女　　　　　　　　年齢　　　　歳

**連絡先**　　下記住所は　（ 施設 ・ 自宅 ）です。　（○印をお付けください）

〒　　　　　　-

住所

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

**所属施設名**

**所属（診療科）名　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　役職名**

**E-mail**

**研修終了後厚労省ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞでの氏名公開**　　　**可　　・　 不可**

※グループ分けの参考のために次のアンケートにご回答お願いします。

職種：医師・看護師・薬剤師・その他（　　　　　　　　　　）　　　臨床経験　　　　　年

医籍番号#　　　　　　　　　　　　　　　　　#医師のみお書き下さい。

【お申込み・お問い合わせ先】

大阪府済生会富田林病院　地域医療課　担当者：水野

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：0721-29-1121　FAX：0721-29-3550

　　　 e-mail：chiiki@tondabayashi.saiseikai.or.jp

　※参加の可否については、令和5年8月末頃に通知致します。