受講申込書

令和６年度 大阪はびきの医療センター『緩和ケア研修会』（令和７年２月 22 日開催）

下記メールアドレス宛に、本申込書と e-learning 修了証書を添えてお申込みください。
※申込〆切：令和６年 10 月 31 日(木) 17 時迄

申込日：　　年　月　日

（フリガナ）			
氏名	※厚生労働省又は大阪府からの修了証書に使用します		
生年月日	西暦　　年　月　日 （年齢　歳）	性別	男・女
住所（施設・自宅）	〒		
電話番号			
FAX			
E-mail			
施設名・所属			
職種	医師・研修医・看護師 その他（　）	医籍登録番号	
卒業年		診療科	
臨床経験	年	緩和ケア従事年数	年
研修修了後、厚生労働省又は大阪府のホームページでの氏名の公開	【 可 ・ 不可 】		
e-learning 受講者 ID			
修了証交付日	西暦　　年　月　日		

お申込み先・お問い合せ先

大阪はびきの医療センター
医事グループ（担当：松川・稲田）
Mail：Kanwa-habikino@ra.opho.jp
TEL：０７２-９５７-２１２１（代 表）