

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 11 月 29 日(金) 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・お問い合わせ先

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）