

# 第5回中東遠総合医療センター緩和ケア研修会(集合研修)

## 参加申込書

(2024年9月28日(土)開催)

下記空欄に記入のうえ、e-learning 修了証書を添えて提出してください。

ふりがな	
氏名	( 歳) 男 ・ 女
所属施設	
施設住所	〒
施設電話番号	
施設FAX番号	
本人電話番号	
連絡先E-mailアドレス	
職種	・ 医師 (診療科: ) ・ 看護師 ・ その他 ( )
経験年数	年
医籍登録番号 (医師のみ)	
医療用麻薬の使用状況	・ 使用しない ・ 時々使用する ・ 頻繁に使用する
e-learning 修了証書 ID	
e-learning 修了証書交付日	西暦 年 月 日

【申込先】 中東遠総合医療センター 経営戦略室 宛

TEL 0537-21-5555 (代表)

FAX 0537-28-8971 (代表)

MAIL keieisenryaku@chutoen-hp.shizuoka.jp