

2023年度 公立学校共済組合近畿中央病院緩和ケア研修会 受講申込書

開催日：2023年9月10日（日）Zoom開催

ふりがな			年齢		歳
受講者氏名			性別	男	
医師免許 医籍登録番号 （※医師の	《必須》 第 号				
施設名 （勤務先名）					
所属部署 （診療科名）			職名（役職）		
臨床経験	年		緩和医療経験	年	
がん患者 臨床経験	月平均の診療がん患者数 人程度 ※およその数で結構です。				

● 研修会当日に使用されるEメールアドレス

※以下のアドレスに、研修会に係る連絡やZoom招待メールを送付します。

Eメール：	
-------	--

● 緊急連絡先

※研修会当日に連絡ができる電話番号をご記載ください。

TEL：	
------	--

● 修了証書の送付先

※修了証書は集合研修から3～4カ月後兵庫県から当院に届く予定です。

現在の勤務先	
その他	〒

● 兵庫県がん診療連携協議会ホームページでの氏名公開の同意（医師のみ）

公開可	公開不可
-----	------

※e-learningの修了証書と併せてご提出ください。

お申込み・問合せ先

公立学校共済組合近畿中央病院 企画課 診療支援係 担当：丸山

☎電話：072-781-3712（内線243） 📠FAX：072-779-1567

✉E-mail maruyama_t@kich.itami.hyogo.jp

📠FAX送信先 072-779-1567

近畿中央病院

企画課診療支援係 丸山行