

平成30年度 宮崎県第4回 緩和ケア研修会 参加申込書

期日 平成30年11月23日(金・祝)

場所 宮崎県立宮崎病院 3階講堂

ふりがな			
氏 名 (氏名は医籍登録されている氏名・ 字体で記載をお願いします(医師の み))			
職 種(国家資格等)		医師 ・ 看護師 ・ その他()	
医籍登録番号(医師のみ)		昭和・平成 年 月 日 第 号	
所属(病院名、施設名)			
所属科		職 名	
専門分野(経験年数)		(年)	
連 絡 先	TEL		
	FAX		
	E-mail		
	修了証送付先住所	〒	
研修会終了後、国及び宮崎県が貴 殿の氏名及び所属を公開することに ついての可否(医師のみ)※		☐ 可(承諾します) ☐ 否(承諾しません)	
日本医師会が行っている生涯教育 制度の単位認定を希望しますか (医師のみ)※		☐ 希望します ☐ 希望しません	
e-learning 修了証書交付日		年 月 日	e-learning 修了証書ID

※の箇所は、該当項目の□にチェック(☑または■)をお願いします。

【申込先】〒880-8510 宮崎市北高松町5-30

宮崎県立宮崎病院 医療秘書室 稲富(内線 2290 ・ 2291)(PHS 5928)

TEL:0985-24-4181 FAX:0985-38-4118

※昼食申し込み(お弁当とお茶) <一食 1,000円程度>

(どちらか○)

11月23日(金・祝)	希望する	希望しない
-------------	------	-------