

信州大学医学部附属病院 緩和ケアセミナー2020 参加申込書

※厚生労働省からの修了証書に使用しますので、楷書でご記入ください。

フリガナ				
氏名				
生年月日	年	月	日	
医籍登録番号	第	号	(※修了証書交付に必要となります)	
連絡先	住所	セミナー終了後に修了証書を送付いたします 信州大学所属の方は住所記載不要です 〒		
	所属施設			
	職種		診療科	
	研修医の方のみお答えください			1年目 ・ 2年目
	臨床経験 (約)		年 /	緩和医療経験 (約) 年
	TEL		FAX	
	E-mail	ご案内をお送りしますので連絡可能なメールアドレスをご記入ください		
	緊急連絡先	当日連絡のつく携帯電話番号をご記入ください		

※お申し込みから10日以内にE-mailで受付の連絡をいたします。

E-mailが届かない場合はお手数ですが下記連絡先へご連絡ください。

※研修終了後、氏名所属などが公表されますことをご了承ください。



申込書と一緒にe-learning修了証書をご提出ください。

e-learning修了証書の提出がない方は申込をお受けできません。

お申込み・お問合せ先

〒390-8621 松本市旭3-1-1

信州大学医学部附属病院

医療支援課医療連携係 緩和ケアセミナー事務局

E-mail : sca@shinshu-u.ac.jp

TEL : 0263-37-3391

FAX : 0263-37-2854