

沖縄赤十字病院 緩和ケア研修会事務局 行き

FAX : 098-853-7812

※e-learning修了証書を本申込書に添えてFAX送信下さい。

沖縄赤十字病院 主催

「第5回沖縄県緩和ケア研修会2019」

集合研修参加申込書

申込日	令和 元年 月 日	※切：令和元年 9月 30日	
病院名（施設名）			
部署（科名）		職名	
専門分野（経験年数）		医師免許取得年	年
ふりがな			
氏名 (氏名は必ず医籍登録されている 氏名・字体で記載をお願いします。)			
医籍登録番号			
e-learning 修了証書 I D		e-learning 修了証書公付日	
連 絡 先 (こちらからご連絡を差し上げる場合がございます。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入下さい)			
TEL		—	—
FAX		—	—
E-mail			
修了証送付先住所	〒 —		
※研修会終了後、国及び 沖縄県が貴殿の氏名及び 所属を公開することについて ご承諾いただけますか。	<input type="checkbox"/> 承諾する	<input type="checkbox"/> 承諾しない	

お弁当注文希望 … 1食 500円（お茶付き）

注文する

注文しない

※お弁当の代金は、集合研修会当日に窓口にてお支払い下さい。なお、お釣りのないようご協力下さい。