

東京臨海病院 緩和ケア研修会 申込書

病院名（施設名）			
部署		職名	
専門分野（経験年数）	（ 年）	医籍登録番号 医籍登録年	第 号 昭和・平成 年
職種	医師 ・ 看護師 ・ その他（ ）		
ふりがな			
氏名 （医師・歯科医師の方の場合、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）	E-learning の受講（ 済 ・ 受講途中 ・ これから）		
連絡先			
TEL			
FAX			
E-mail			
研修会修了後、国及び東京都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。	承諾します ・ 承諾しません		