

# 第8回宝塚市立病院主催阪神北圏域緩和ケア研修会参加申込書

## 医師用

ふ り が な

氏 名：

(厚労省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。)

年 齢：

住 所： 〒

電 話 番 号：

F A X：

E - m a i l：

施設名・所属：

職 種 ・ 役 職：

臨床経験年数： 年

緩和医療経験： 年

医籍登録番号：

(医師のみ厚生労働省への登録に必要です。お間違いのないように記載下さい。)

研修終了後厚労省 HP での氏名公開： 可 ・ 不可 (どちらかに○)

連 絡 先： 〒665-0827

兵庫県宝塚市小浜 4-5-1

宝塚市立病院 経営統括部 医事担当 大久保

TEL：0797-87-1161 内線 3357 FAX：0797-87-5624

E-mail：[m-takatazuka0200@city.takarazuka.lg.jp](mailto:m-takatazuka0200@city.takarazuka.lg.jp)

(上記の FAX、E-mail または郵送でお申し込み下さい。)