

【ご記入いただいた個人情報は、研修会運営及び修了証書発行以外の目的には使用いたしません。】



(FAX番号 : 0193-25-4031)

岩手県立釜石病院 事務局医事経営課 佐野

* 郵送を希望される方は赤字で「親展」と記載して郵送でもかまいません。

令和6年度 釜石地域緩和ケア研修会 受講申込書

(フリガナ)

ご 氏 名 :

生年月日 :

昭和 平成 年 月 日

連 絡 先 :

(勤務先 ご自宅)

郵便番号 :

住 所 :

電話番号 :

_____ ()

E-mail :

所属(医療機関名) :

職種(役職)

医籍登録番号 :

_____ 号

臨床経験 :

_____ 年

医療用麻薬(オピオイド)処方経験 :

あり なし

岩手県・厚生労働省ホームページへの修了者氏名・所属の公開 :

可 不可

本人のがん闘病歴

あり なし ()

ご家族のがん闘病歴

あり なし ()

* 記入できる範囲でかまいません。

集合研修では「がん告知」「再発」「積極的治療が困難」な状況の医療者や患者役をロールプレイで行う予定があります。

ご多忙のところ、たいへん恐縮ですが、
9月27日(金)までに申込み願います。

[担当]〒026-8550 岩手県釜石市甲子町10-483-6
岩手県立釜石病院 事務局医事経営課 佐野
TEL : 0193-25-2011(内線 : 7035)