**「大阪国際がんセンター緩和ケア研修会受講申込書」**

ふりがな（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

１．施設名

　　　ふりがな（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．氏名(**※**)

**※修了証で使用しますので楷書(明確に)で、ご記入下さい。**

３．年齢　（　　　　　　）歳　　　　性別（ ）

４．職種　※該当に○を付けてください。　①医師　　②研修医　　③歯科医師

　　　　　　④看護師　　⑤薬剤師　　⑥心理士　　⑦その他（　　　　　　　　　）

５．診療科

６．卒業年　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年

７．緩和ケア従事年数　　　　　　　 　　　　年

８．医籍登録番号

９．住所（施設・自宅）　　〒

10．電話番号

11．FAX

12．E-mail

13．研修修了後、厚労省HP及び大阪府HPでの氏名公開 【 可 ・ 不可 】

**※申込書とe-learning受講証をデータにて添付、送信ください。**

**※受付先着順とし、定員になり次第締め切らせていただきます。**