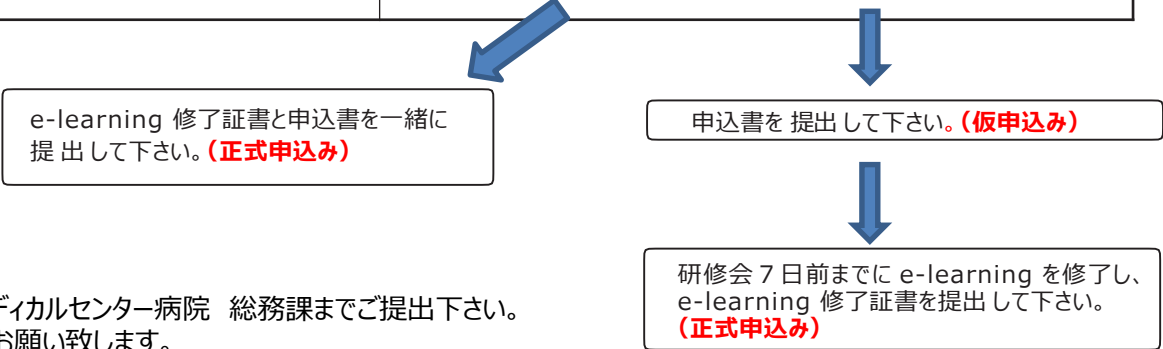


令和3年度 茨城県緩和ケア研修会参加申込書

※以下の情報は、茨城県及び厚生労働省に情報提供いたしますので、予めご承知ください。

(ふりがな) 氏名		◆ 氏名は必ず医籍・歯科医籍登録されている字体でご記入ください。			
職 種 (○印をつけてください)		医師 理学療法士	歯科医師 作業療法士	薬剤師 その他 ()	看護師
医籍・歯科医籍登録番号 (医師・歯科医師のみ)		第 号			
資格取得後年数		年 月	がん診療従事年数	年 月	
専門分野／経験年数 (グループ分けの参考にします)		/			
新型コロナワクチン2回接種の有無		有		無	
所 属 施 設	施設名／所属先	/			
	住 所	〒			
	電 話 番 号 (必須)				
	携 帯 電 話 番 号 (必須)				
	F A X 番 号 (必須)				
	Eメールアドレス (必須)				
研修終了後、国及び茨城県が貴殿の氏名及び施設名、所属先を公開することについて承諾いただけますか。 (○印をつけてください)		承諾する		承諾しない	
e-learning 受講状況 (○印をつけてください)		修了済み		未修了	



提出先：筑波メディカルセンター病院 総務課までご提出下さい。
よろしくお願い致します。

会 場	申込先FAX番号	開 催 日
筑波メディカルセンター病院	029-858-2773	10月16日(土)