

FAX送信先 075-321-6025

京都市立病院 地域医療連携室
緩和ケア研修会事務局

～ 全てのがん診療に携わる医師のための ～

第8回京都市立病院 緩和ケア研修会 参加申込書

申込締切：1月7日（土）必着

- 1 遅刻，途中退席の場合，修了証は発行されません。
- 2 定員に達した場合，締切といたします。

ふりがな 氏名*1	参加 希望日*2	施設名	職種	所属（主要診療科目）*3 医籍番号（年月日）	臨床 経験 年数*4	連絡先*5	
						電話番号	メールアドレス
	・1/28(土) ・1/29(日)			所属： 医籍番号：			
	・1/28(土) ・1/29(日)			所属： 医籍番号：			
	・1/28(土) ・1/29(日)			所属： 医籍番号：			
	・1/28(土) ・1/29(日)			所属： 医籍番号：			
	・1/28(土) ・1/29(日)			所属： 医籍番号：			
	・1/28(土) ・1/29(日)			所属： 医籍番号：			

*1：ご記入の表記に基づいて厚生労働省より修了証が発行されます。

*2：参加を希望される日に○をつけてください。(1/30(土)：区分A，B 1/31：区分C，D)

*3，*4：ワークショップ，ロールプレイのグループ分けの参考にさせていただきますので，できるだけ詳しくご記入ください。

*5：確実に連絡可能な方法をご記入ください。

*6：昼食につきましては，病院内のレストラン・喫茶・コンビニをご利用ください。

*7：緩和医療薬学会認定単位の申請を希望される方（当該学会員で薬剤師のみ）は，記入された職種を○で囲ってください。