

F A X : 0 9 9 7 - 2 2 - 2 8 8 4

種子島医療センター 看護局長 山口 宛

種子島医療センター緩和ケア研修会（P E A C E）申込書

eラーニング修了証書を添えてFAX下さい。

締切：令和2年11月2日 17時必着

ふりがな		
氏名		
年齢	歳	男 ・ 女
連絡先 <small>研修日に緊急連絡可能な電話番号</small>		
所属		
役職		
職種		
臨床経験年数		
住所		
電話番号		
メールアドレス		
eラーニング	<input type="checkbox"/> 修了済み、修了書ID（ ） <input type="checkbox"/> 未修了	
医師の方のみご記入ください。↓		
主たる診療科		
医籍登録番号		
厚労省HP 修了者氏名公開	可	否