

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

種子島医療センター 経営企画改善室 戸川・原 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 F A X 下さい。

締切：令和6年9月30日（月）17時必着

ふりがな		
氏名		
年齢	歳	男 ・ 女
連絡先 研修日に緊急連絡可能な電話番号		
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 I D ( ) <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	