令和7年度 緩和ケア研修会参加申込書

市立三次中央病院 緩和ケアセンター 行

| 氏名 |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 生年月日 |  |
| 所属医療機関名 |  |
| 所属部署（診療科等） |  |
| 職種 | 医師・臨床研修医・歯科医師・看護師・薬剤師・  その他（　　　　　） |
| 医籍番号（医師・歯科医師のみ） |  |
| 医籍登録年月日 |  |
| 研修終了後、氏名および所属の公開の可否 | 可　・　否 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※7月31日（金）までに、記入した参加申込書を[kanwacc@city.miyoshi.hiroshima.jp](mailto:kanwacc@city.miyoshi.hiroshima.jp)宛にお送りください。

※お送りいただいた個人情報は、この研修会開催にのみ使用し、他の目的では一切使用いたしません。