

宛 先：東京医科大学病院 総務課 臼井行き
番 号：03-3345-1437

平成29年10月7-8日開催
「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」申し込み
＜東京医科大学病院＞

勤務施設名	
診療科名／役職	／
氏 名 医籍登録されている氏名(医師免許証に記載されている氏名)を楷書で記入してください。 (修了証書に表記されます)	(ふりがな) (氏 名)
年齢／性別	年齢_____歳／ 男 ・ 女
受講決定可否の通知や案内の送付先等 ※下記いずれかに○ () 自宅住所 () 勤務施設住所	住所： TEL： _____ FAX： _____ 緊急時の連絡先（携帯電話等）： e-mail：
医籍登録番号	
臨床経験及び緩和医療経験	臨床経験_____年 ・ 緩和医療経験_____年
研修終了後厚労省 HP 等での氏名公開	可 ・ 不可

【連絡先】

〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1
東京医科大学病院 総務課 担当：臼井
TEL：03-3342-6111（内線 4029） FAX：03-3345-1437