

F A X : 0 6 - 6 8 5 8 - 3 6 0 2

「豊能二次医療圏緩和ケア研修会」参加申込書

年 月 日

市立豊中病院 がん相談支援センター あて

次のとおり、「豊能二次医療圏緩和ケア研修会」の参加申込いたします。

フリガナ

氏名 (※) 年齢 満 歳 性別 (男・女)

※修了証に記載しますので楷書でご記入ください。

連絡先・住所等 (施設・自宅) いずれかに○印をお付けください。

(郵便番号 - )

(住所)

(電話)

(F A X)

(電子メール)

所属施設名

所属 (診療科等)

職種 医師・歯科医師・薬剤師・看護師・その他 ( )

役職

医籍登録番号

※医師・歯科医師のみ

※がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 e-learning (<https://peace.study.jp/rpv/>)

e-learning 受講者 ID

臨床経験

年

緩和医療経験年数

年

オピオイド使用経験 (あり・なし)

在宅診療または在宅訪問経験 (あり・なし)

研修修了後、厚労省HP及び大阪府HPでの氏名・所属・診療科の公開 (可・不可)