

令和6年度 埼玉県立がんセンター 緩和ケア研修会受講申込書

ふりがな 氏名	(男・女)	
生年月日	S・H	年 月 日 生 (才)
医籍登録番号		
医療機関名		
所属部署 (診療科)		
職種		
臨床経験 年数	年	
緩和ケア経験 年数	年	
所属医療機関 所在地		
所属医療機関 電話番号		
所属医療機関 FAX番号		
Emailアドレス		
研修終了後、埼玉県 ホームページでの氏名 公開	可	不可

<提出先>

がんセンター事務局

FAX:048-722-4870 または メール: g.iji-ka@saitama-pho.jp

※併せてe-learning修了証書をご提出ください。