

令和5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.jji-ka@saitama-pho.jp

※併せてe-learning修了証書をご提出ください。