

令和7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.ji-ka@saitama-pho.jp

※併せてe-learning修了証書をご提出ください。