「群馬大学医学部附属病院　緩和ケア研修会」 参加申込書

		令和　　年　　月　　日	
フリガナ		年　齢	性　別
氏　　名			男　・　女
E-mail （ほとんどの連絡は E-mail で行います）			
当日の緊急連絡先 （携帯電話番号等）			

※e-learning 修了者（e-learning 修了証書の写しの添付をお願いいたします）

e-learning ログイン ID		修了書交付年月日	年　　月　　日

医籍登録番号		臨床経験年数	年
所属施設名および 所属部署 ※修了証の送付先		専門領域 （科，分野など）	
研修会終了後、氏名及び所属・所属科を公開することについての本人の同意の可否 ＊緩和ケアに対する取り組みとして、研修会修了者名簿を公開しています(ご承諾有りに限り)			可　／　否
参加希望理由	☐ 資格取得・更新のため ☐ がん診療，緩和医療に携わるため ☐ 所属部・科の推薦ありのため		
☐ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿			

＊参加申込書に係る個人情報は、本研修会関連以外には利用いたしません。

E-mail（oncoc@ml. ）又は FAX（027-220-8609）でお申込みください

※メールアドレスの末尾には gunma-u.ac.jp を追加してください。また，＠は全角文字で記載していますので，半角文字に変更して送信してください。

申込書を送付した日から３日以内に担当者から E-mail で連絡をいたします。連絡がない場合は、以下の番号にお電話ください。

問い合わせ先
〒371-8511　群馬県前橋市昭和町三丁目39番15号
群馬大学医学部附属病院
腫瘍センター　　TEL 027-220-7927（直通）