

令和3年度 独立行政法人地域医療機能推進機構東京新宿メディカルセンター  
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会  
受講申込書

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名	※医師免許に記載されている氏名を楷書でご記入ください。		年齢	歳 ※令和3年9月18日現在
連絡先	住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 〒 ※受講案内・修了証書等の送付先となります。		
	TEL	※当日の緊急連絡に必要ですので、連絡のつきやすい番号をご記入ください。		
	FAX			
	E-mail			
現在の勤務先	施設名			
	職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 専攻医 ( 年目) <input type="checkbox"/> 研修医 ( 年目)		
	専門科	呼吸器外科		
	役職			
医師免許	第 号			
e-learning-ID/受講修了日	ID	受講修了日	2021 年 月 日	
※↑ e-learning修了証書 氏名の下に記載されている「受講者ID」				
資格 (認定、専門)				
臨床経験	年	緩和医療経験	年	
氏名の公開	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <small>※厚生労働省、東京都HPの修了者一覧に掲載されます。</small>			

申込先： 独立行政法人地域医療機能推進機構東京新宿メディカルセンター／総務企画課  
〒162-8543 東京都新宿区津久戸町5-1  
TEL 03-3269-8111 (代表) FAX 03-3260-7840 (代表)  
E-mail soumu@shinjuku.jcho.go.jp

※お申し込みの際は、緩和ケア研修会e-learningの修了証書を一緒にご提出ください。