

FAX 03-5273-6947

国立国際医療研究センター病院

平成 29 年度 がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会

緩和ケア研修会参加申込書

【厚生労働省 緩和ケア研修会標準プログラム準拠】

ふりがな

氏名 _____ (年齢 _____ 歳)

注) 厚労省からの修了証で使用しますので楷書でお書きください。

医籍登録番号 _____

住所 《 施設・自宅 》

(〒 _____) _____

電話番号 (_____) _____

FAX 番号 (_____) _____

E-mail _____ @ _____

施設名(所属) _____ (_____)

役職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 有 (_____ 年) ・ 無

研修修了後厚労省 HP での氏名公開 可 ・ 不可

※ NCGM 職員の提出先 備蓄棟 1 階 旧治験管理室まで(PHS4804)

PET 検査 (69) の先、研究所入口を通り過ぎた左側扉、奥の部屋
(廊下に緩和ケア研修会 案内ポスターの掲示があります)

〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-2 1-1

国立国際医療研究センター病院

Tel・Fax 03-5273-6947 (直通)

E-mail ysuzuki@hosp.ncgm.go.jp

緩和ケア科事務 鈴木 百合子