

参加申込書（令和5年度 緩和ケア研修会）

令和5年 月 日

岐阜市民病院 がん診療支援部

「緩和ケア研修会」事務局 御中

(FAX: 058-255-0504)

下記のとおり、令和5年度「緩和ケア研修会」への参加申込みをします。

施設名称	
施設住所	〒
電話番号	
FAX番号	

診療科・職種	医師以外の方が参加を希望される場合、医籍登録番号の記入は不要です。	
氏名(ふりがな)	医籍登録番号	E-Learning ユーザーID ※1
岐阜県 HP 上の公開 ※2	昼食希望 ※3	
可 ・ 不可		

合計名

- ※ 同施設から複数名受講される場合はコピーしてご利用ください。
- ※1 E-Learning 受講時に発行される ID の記載をお願いします。
- ※2 本研修の修了者は岐阜県のホームページ内でお名前が掲載されます。
- ※3 昼食を¥800で斡旋します。ご希望の方は○をご記入ください。

(申込み期限) 令和5年8月25日(金)

(問合せ先) 岐阜市民病院 がん診療支援部

「緩和ケア研修会」事務局 服部

電話 058-251-1101 (内線 8656) FAX 058-255-0504

Eメール kanja-sougoushien@city.gifu.gifu.jp