第10回泉州緩和ケア研修会参加申込書

**フリガナ**

**氏名※**　　　　　　　　　　　　　　　　　　医籍番号#

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。　　　#医師のみお書き下さい。

連絡先　　下記住所は　（施設　・　自宅）　（○印をお付けください）

〒　　　　　　　　　　　 住所

電話番号　　 　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

**施設名**

**診療科（所属）名**

**E-mail**

研修終了後厚労省ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞでの氏名公開（不可の場合のみ○）　　 　不可

※グループ分けの参考のために次のアンケートにご回答お願いします。

職種：　医師・看護師・薬剤師・その他（　　　　　　　　　　　　）

役職　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　　歳　　性別　男 ・ 女

臨床経験　　　　　　　年　　オピオイド使用経験：　　有 ・ 無

緩和ケア従事経験：　有 ・　無　　在宅診療または在宅訪問経験： 有 ・ 無

お申込み先：市立岸和田市民病院 事務局 医療ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ課　担当：　大礒、福本

〒596-8501　岸和田市額原町1001番地

TEL：072-445-1000（内線3331）　**FAX：072-441-8820**

E-mail：**mis3@kishiwada-hospital.com**

* 参加の可否については、平成30年1月下旬に連絡先宛に郵送にてお知らせ致します。