# 鳥取市立病院緩和ケア研修会参加申込書

氏名　　（ふりがな）

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢

郵便番号

住所（施設・自宅）

電話番号　　FAX

緊急連絡電話番号（集合研修日）

施設名　　所属（診療科）

役職（職種）

医籍登録番号　第　　号

臨床経験　　年　　緩和医療経験　　年

E-mail

研修終了後厚労省 HP での氏名公開　　可　・　不可

※医籍登録番号及び研修終了後厚労省HP氏名公開については、医師の方のみ
ご記入願います。

連絡先 :　〒680-8501　鳥取市的場 1-1
鳥取市立病院　がん相談支援センター
担当：濱岡
TEL：0857-37-1522（代表）
FAX：0857-37-1553
E-mail：cancer@hospital.tottori.tottori.jp