南河内二次医療圏・第17回緩和ケア研修会の申込書

令和7年9月13日開催予定

ふりがな			
施設名			
ふりがな			
氏名	※修了証書作成のため、楷書でご記入ください		
性別	男 ・ 女	年齢	歳
職名			
診療科		医籍番号	
卒業年	年	緩和医療 経験年数	年
住所	〒		
電話番号			
メールアドレス			
e-learning 修了年月日	年	月	日
e-learningの ID・PW	ID	パスワード	
	※研修会でポストアンケートを終了いただくため		

研修修了者の所属・氏名を公表することについて（全職種対象）

同意する ・ 同意しない

申し込み期限	令和7年7月31日（木）
申し込み先	大阪南医療センター医事課 北川宛 【郵送の場合】〒586-8521 大阪府河内長野市木戸東町2番1号 【FAXの場合】0721-50-4416
提出書類	申込書とe-learning修了証書を <u>一緒</u> に提出ください。