

2026 年 月 日

2026 年度 島根県立中央病院 緩和ケア研修会 参加申込書
FAX 送信票 島根県立中央病院 (FAX 番号 : 0853-30-6468) 宛

下記にもれなくご記入の上、お送りください。 * 送り状は不要です

申し込み施設 _____ ご担当者 _____

郵便番号 _____ 住所 _____

Tel _____ Fax _____ E-mail _____

	氏 名 記載の通り修了証を 発行します 略字等にご注意ください	職名 医師の方は、役職を ご記入ください 部長、医長、初期臨 床研修医 etc	所属診療科	所属部署 (医師以外)	医籍番号 (6 桁) (医師のみ)	年齢	臨床経験 年数 (満年数)	緩和医療 経験年数 (満年数)	修了後厚生省や 県等 HP での 氏名・所属公開	当日の 連絡先	当日弁当の 有無 (1000 円) ※当日にお支 払いください
1	フリガナ								☐ 可 ☐ 不可		☐ 有 ☐ 無
2	フリガナ								☐ 可 ☐ 不可		☐ 有 ☐ 無
3	フリガナ								☐ 可 ☐ 不可		☐ 有 ☐ 無
4	フリガナ								☐ 可 ☐ 不可		☐ 有 ☐ 無
5	フリガナ								☐ 可 ☐ 不可		☐ 有 ☐ 無

※参加希望者が 6 名以上の場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。

【問い合わせ先】 島根県立中央病院 担当 : 医療クラーク 嘉本・業務課 岸 Tel : 0853-30-6482 E-mail : kenchukanwa@gmail.com