



地方独立行政法人 りんくう総合医療センター  
第10回りんくう緩和ケア研修会参加申込書

申込期限：平成30年4月27日(金)17:00  
(定員に達し次第締め切り)

ふりがな

氏名

年齢

※厚生労働省又は大阪府からの修了証書で使用しますので楷書でお書き下さい。

郵便番号

住所(施設・自宅)

携帯電話

電話

※緊急時の連絡先として必ずご記入下さい。 ※日中に連絡可能な連絡先に をお願いします。

E-mail

@

※研修会案内をメールにて行いますので、E-mailアドレスは必ずご記入下さい。

施設名・所属

所属科 (医師のみ)

役職

職種  医師  研修医  歯科医師  看護師  薬剤師

臨床心理士  その他 ( )

※該当に  をつけて下さい。

臨床経験 年

緩和医療経験 年

医籍登録番号 (医師のみ)

参加回数  初回  回目

※該当に  をつけて下さい。

※ 2日間のプログラムをすべて修了すると、厚生労働省健康局長から(医療従事者は大阪府知事から)修了証書が授与されます。(緩和ケア研修会修了者一覧に掲載されます。)途中参加や途中退室があった場合は授与されませんので、申込後、参加が難しくなった場合は直ちにご連絡下さい。

連絡先: 〒598-8577 大阪府泉佐野市りんくう往来北2-23

地方独立行政法人 りんくう総合医療センター

医療マネジメント課 医事係

TEL : 072-469-3111 (内線:1231・1230)

FAX : 072-469-7838

E-mail : [r-kanwacare@rgmc.izumisano.osaka.jp](mailto:r-kanwacare@rgmc.izumisano.osaka.jp)