佐久緩和ケア研修会2025

2025年9月7日（日）

受講申込書

※ e-learning修了証書がない方は申込受付ができません。

（下記項目をご記入の上、メールまたはＦＡＸにてお送りください）

E-mail ：　ｇａｎ-ｋｙｏ10＠ｓａｋｕｈｐ．ｏｒ．ｊｐ

F A X　：　 0267－88－５２１０

**■**

**■　　年齢　　　　　　　　　　　　　　　性別**

**■　　所属機関**

**■　　職　　種**

**■　　診 療 科（専門科）**

**■　　医籍番号（医師のみ厚生労働省申請時使用します）**

**■　　がん治療に携わった臨床経験　　　年　　臨床経験年数　　　　　年**

**■　　研修医の方のみ○印　　　１年目　・　２年目　　　　初期　・　後期**

**■　　研修修了後の氏名所属の公表の可否について（医師のみご記入）　　可　・　否**

* **連絡先（自宅・所属先）**

**ＴＥＬ　　　　　　　　　　ＦＡＸ**

**E-mail**

**郵便番号　　　　　住所**

**緊急連絡先（当日連絡可能な電話番号）**

【お問合せ・申込先】　佐久医療センター　がん診療センター

　E-mail　ｇａｎ-ｋｙｏ10＠ｓａｋｕｈｐ．ｏｒ．ｊｐ 　FAX　0267－88－5210　　TEL0267-62－8181

申込締切日　**2025年7月30日（水）**

※お申し込み後、１週間以内にこちらからの連絡がない場合には、お手数ですがお問い合わせください。