

国立病院機構大阪医療センター緩和ケア研修会参加申込書

令和 7 年 10 月 4 日（土）開催

ふりがな
氏名 _____ 性別 男 ・ 女

※厚生労働省からの修了証で使用するので楷書でお書き下さい。

年齢 _____ 歳 施設名・所属 _____

専門分野 _____ 役職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和ケア経験 _____ 年

医籍登録番号 _____

医療用麻薬処方 ☐なし ☐1-5 件/月 ☐6 件以上/月

【ご連絡先】 〒 _____

住所（自宅・施設） _____

TEL _____ E-mail _____ @ _____

スマートフォン・タブレット等所有の有無 有 ・ 無

所有する機器 スマートフォン ・ タブレット ・ ノートパソコン

厚労省および大阪府ホームページでの氏名公開 可 ・ 不可

問い合わせ・申込先：大阪医療センター 地域医療連携室

〒540-0006 大阪市中央区法円坂 2 - 1 - 1 4

電話：06-6946-3516 FAX:06-6946-3517

申込締切：令和 7 年 6 月 30 日（月）17 時必着