

倉敷成人病センター主催 岡山県緩和ケア研修会(令和8年11月29日)

【参加申込書】

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(歳)
医籍登録番号	登録年月日_____ / 番号_____号
経験年数	臨床経験_____年 / 緩和医療経験_____年
e-learning修了証書のID	※有効期限の確認のため、e-learning修了証書(コピー)を添付してください。

職種	医師 ・ 歯科医師 ・ その他()
勤務先	
所属科又は所属部署	
役職名	
修了証書送付先 ※どちらか選択してください	・所属 〒 _____ ・自宅 _____
電話番号・内線	
E-mailアドレス	
研修修了者としての氏名公開	(厚労省ホームページ) 可 ・ 不可 / (岡山県ホームページ) 可 ・ 不可

申込書送付先:倉敷成人病センター 人材教育開発センター 藤田(内線:9228)

【E-mail】jinzai@fkmc.or.jp

* 応募締切 * 令和8年11月13日(金)必着