

受講申込書

F A X : 0125-54-2156

砂川市立病院緩和ケア研修会

開催日：2026年7月6日(月)

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前		生年月日	昭和 平成 年 月 日
勤務先	施設名		
	科名・所属		
	役職		
	住所	〒	
TEL	※当日の緊急連絡に必要ですので連絡のつきやすい番号をご記入ください。		
E-mail			
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()		
免許証番号	年 月 日 第 号		
専門領域 認定・資格等			
経験年数	がん診療(看護) 年	緩和ケア	年
e-learning 受講状況	<input type="checkbox"/> 修了済み	修了証書を一緒に提出して下さい	
	<input type="checkbox"/> 未修了	必ず6/5までに修了し、修了証書を提出して下さい ※受講中の場合→ 受講者ID	
連絡事項	e-learningの修了証書はFAXで提出して頂き、集合研修当日に持参をお願い致します。		

申込先 砂川市立病院 がん相談支援センター
申込締切 2026年4月20日