**信州大学医学部附属病院 緩和ケアセミナー2019参加申込書**

※ 修了証書のお名前となりますので、楷書でお書きください。

ふりがな

氏名

所属施設

職種・診療科

生年月日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生

医籍番号

臨床経験（約）　　　　　　　年　　緩和医療経験（約）　　　　　　年

住所　＊セミナー終了後に修了証書を送付いたします。

　　　　＊信州大学所属の方は住所記載不要です。

〒

E-mail＊お知らせを送りますので連絡可能なメールアドレスをご記入下さい。

TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX

研修会当日連絡先＊当日連絡可能な携帯電話等の番号をご記入ください。

＊お申込みから１週間以内にE-mailで受付の連絡をさせていただきます。E-mailが届かない場合はお手数ですが下記申込み先へご連絡ください。

＊E-mail以外の連絡をご希望の方は、下記よりお選びください。

①FAX　　②TEL　　③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【申込先】〒390-8621　松本市旭3-1-1信州大学医学部附属病院

　医療支援課　医療連携係　緩和ケアセミナー事務局

E-mail：sca@shinshu-u.ac.jp 　TEL：0263-37-3391　 FAX：0263-37-2854

◆申込書と一緒にe-learning修了証書をFAX又はメール添付にて送付してください。e-learning修了証書の提出がない方は申込をお受けできません。

◆修了者の氏名所属等が公表されますことをご了承ください。