

がん等の診療に携わる医師・歯科医師等に対する緩和ケア研修会

参 加 申 込 書

2026年2月7日(土)開催の「がん等の診療に携わる医師・歯科医師等に対する緩和ケア研修会」について参加申込みをします。

所属施設名				
施設住所		〒		
連絡先	電話		FAX	
	E-mail			

(例)

職区分	所属(診療科)	ふりがな 受講者氏名	医籍登録番号 ※医師・歯科医師のみ	修了情報 公開
医師	内科	まつなみ たろう 松波 太郎	1234567	Ⓐ ・ 不可
				可 ・ 不可

①氏名は、修了証書で使用するので楷書でご記入ください。

②医師・歯科医師の方は、医籍登録番号をご記入ください。

③必ず『e-learning の修了証書(写し)』とともにお送りください。

④同意が得られた方については、修了情報を岐阜県ホームページにて公開いたします。

(医師・歯科医師のみ)

申込期限 : 2025 年 12 月 26 日(金)

【お問合せ】

松波総合病院 がんセンター 担当 : 山田

電 話 : 058-388-0111

e-mail : c-center@mghg.jp