

2025年「うめきた緩和ケア研修会」参加申込書

フリガナ			
氏名 修了証で使用しますので楷書でお書きください			
性別	男	・	女
年齢	歳		
所属施設名			
職種			
専門診療科（医師のみ）			
役職（医師のみ）			
臨床経験年数	年		
がん診療経験年数	年		
オピオイド使用経験（年数）	有（	年）	・ 無
在宅診療または在宅訪問経験	有	・	無
研修修了後、厚生労働省ホームページへの 氏名・所属施設名の公開	可	・	否
e-learning 受講者 ID			
医籍登録番号（医師のみ）			

ご自身の個人連絡先電話番号			
所属施設の住所	〒		
所属施設の電話番号			
所属施設のFAX番号			

【申込・連絡先（事務局）】

社会福祉法人 恩賜財団済生会 大阪府済生会中津病院 がん診療支援センター・浦田
 ≪電話：06-6105-1343(直)／FAX：06-6105-1344(直)≫
 メールアドレス：cancer-c@nakatsu.saiseikai.or.jp