

送信先 : 福島労災病院 総務課 神野 宛

FAX : 0246-26-1322

「第9回がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 in いわき」

参加申込書

| | | | |
|------------------------|-----------------------------------------|--------------|-------|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | (歳) |
| 自宅住所 | 〒 TEL FAX | | |
| 所属医療機関 | 名称 | | |
| | 住所 | 〒 TEL FAX | |
| | 部署(役職) | | |
| | 資格 | 例) 認定看護師など | |
| 臨床経験年数 | 年 | 緩和医療 経験年数 | 年 |
| 医籍登録番号 | 第 号 | | |
| E-mail | | | |
| 連絡先 | ①自宅希望 ・ ②所属医療機関希望 | | |
| 参加日 | ① (8/26、8/27) ・ ② (8/26のみ) ・ ③ (8/27のみ) | | |
| 修了後の氏名公開 | ①可 ・ ②否 (厚生労働省HPへ受講修了者として公開されます。) | | |
| 昼食 (お弁当代1,000円/1日分) | 26日(要・不要) ・ 27日(要・不要) | | |
| その他 | ご質問等ございましたら、ご記入ください。 | | |