

第9回中津市民病院緩和ケア研修会参加申込書(薬剤師等)

氏名

※中津市民病院からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢

郵便番号

住所(施設・自宅)

電話番号

FAX

施設名・所属

役職

経験年数

年

E-mail

2日目の昼食の希望の有無

有

・

無

懇親会参加希望の有無

有

・

無

*1日目研修会終了後、先生方の親睦をより深めるため懇親会を予定しております。参加人数を事前に把握するため参加希望の有無をご記入下さい。尚、参加ご希望の方は、会場・会費等につきまして、後日ご連絡致します。

(事務担当)

大分県中津市下池永173番地

中津市民病院 相談支援センター 矢岡・平岡

(代表)TEL:0979-22-2480

(直通)TEL:0979-22-6521 FAX:0979-22-2448

E-mail: ke-yaoka@nakatsu-hosp.jp