

第 10 回中津市民病院緩和ケア研修会参加申込書

フリガナ

氏名 _____ 医籍番号 _____

※厚生労働省からの修了証で使用する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 _____

臨床経験 _____ 年 _____ 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後厚労省 HP での氏名公開 _____ 可 ・ 不可

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 石川・矢岡

(代表)TEL:0979-22-2480

(直通)TEL:0979-22-6521 FAX:0979-22-2448

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