

FAX番号(022-717-7132)

## 第49回 宮城県緩和ケア研修会 申 込 申 書

医療機関名 施設名		
所 属		
職 名	医師 ・ その他( )	
氏 名		
医籍登録番号(医師のみ) <small>※厚労省の指導により、 確認が必要となりました</small>		
連絡先	住 所	〒 —  (施設・自宅) どちらか○をつけてください。
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
希望受講区分 (希望される受講区分に○を 付けてください。)	A                      B                      C                      D	

※ 連絡先には受講決定通知、修了証書の送付やその他確認事項があった場合に連絡いたします。  
 ※ なお、個人情報につきましては当研修会において使用するものであり、その他の目的では使用いたしません。