

F A X 番号 (0 2 2 - 7 1 7 - 7 1 3 2)

第58回 宮城県緩和ケア研修会

申 込 書

医療機関名 施設名		
所 属 (診療科)		
職 名		医師 ・ その他()
氏 名		
医籍登録番号(医師のみ) ※厚労省の指導により、 確認が必要となりました		
医師(看護師・薬剤師等)の 経験年数		年 ヶ月
がん診療の経験年数		年 ヶ月
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	
	F A X 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。