

FAX番号(022-717-8886)

## 第88回 宮城県緩和ケア研修会 参加申込書

開催日:平成31年2月9日(土)～10日(日)

医療機関名 施設名	
所 属 (診療科)	
職 名	
職 種	医師 ・ 歯科医師 ・ その他( )
フリガナ	
氏 名	
医籍登録番号 <small>※厚労省の指導により、 確認が必要となりました</small>	
医師・歯科医師の経験年数	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 <small>当日連絡可能なもの</small>
	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。)	全て受講            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。  
 ※ 申込み受理後、7日以内に受け取り通知をメールまたはFAXいたします。届かない場合はご連絡ください。  
 ※ 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。