

「第9回 ベルランド総合病院緩和ケア研修会」参加申込書
※厚生労働省又は大阪府からの修了証作成に使用しますので楷書でご記入下さい

氏名 _____

かな氏名 _____ 年齢 _____

所属施設 _____

診療科・所属 _____ 役職 _____

職種 ※該当に○を付けてください ①医師 ②初期研修医 ③歯科医師

④看護師 ⑤薬剤師 ⑥臨床心理士 ⑦その他(_____)

医籍登録番号(医師の場合必須)(_____)

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

送付物(修了証書含む)は原則、施設あてに郵送致します。

住所(施設・自宅) 〒 _____

電話番号 _____ FAX _____

E-mail _____

厚労省 HP 及び大阪府 HP での修了者氏名公開 【 可 ・ 不可 】 _____

連絡先:ベルランド総合病院 企画室 (担当:六浦・玉垣)
〒599-8247 堺市中区東山 500-3
TEL:072-234-2001(代表)
FAX:072-234-9122(企画室)
E-mail: a_mutsuura@seichokai.or.jp