

## 「ベルランド総合病院・緩和ケア研修会」参加申込書

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

※厚労省からの修了証で使用するのです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

連絡先    :    ベルランド総合病院 企画室 (担当:武部・池上)

〒599-8247 堺市中区東山 500-3

TEL : 072-234-2001    FAX : 072-234-9122(企画室)

E-mail: k\_takebe@seichokai.or.jp