

平成 30 年度「人生の最終段階における医療体制整備事業」

患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会 申込書

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歯科医 ③介護福祉士 ④ケアマネージャー ⑤看護師 _____

⑥薬剤師 ⑦臨床心理士 ⑧その他 (_____)

臨床経験 _____ 年

【連絡先】

住所（施設・自宅） 〒 _____

電話番号 _____ FAX _____

E-mail _____

連絡先：ベルランド総合病院 企画室

〒599-8247 堺市中区東山 500-3

TEL：072-234-2001（代表） 平日 9 時～17 時 30 分

FAX：072-234-9122（企画室）

E-mail：kikakushitsu2@bh.seichokai.or.jp