

第7回府中病院・緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな (必須)

氏名 _____

※厚生労働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。

医籍登録番号 _____ (必須)

年齢 _____ 才 _____

郵便番号 _____

住所(施設・自宅)

電話番号(緊急連絡先) _____ (必須)

施設名 _____ (必須) 職種 _____ (必須)

診療科 _____

臨床経験 _____ 年 (必須) 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: 社会医療法人生長会 府中病院

担当: 企画室 湯浅

TEL: 0725-43-1234(代) Email: gan_jimukyoku@fh.seichokai.or.jp

FAX: 0725-40-2184