

王子総合病院 がん相談支援室 渡辺あて

第9回東胆振・日高地区緩和ケア研修会申込書

王子総合病院 院長 大岩 均 殿

私は貴院主催の緩和ケア研修会に参加いたしますので、よろしくお取り計らいの程お願い申し上げます。

◆ 所属施設： _____ 病院 ・ 医院

◆ 氏 ^{ふり} 名 ^{がな}： _____

◆ 職 種： _____

◆ 診 療 科： _____ 科

◆ 医籍番号： _____ (医師の方)

◆ 連 絡 先： TEL： _____

FAX： _____

e-mail： _____

◆ 研修修了者（医師のみ）の厚労省ホームページ上での「氏名および所属を公開することへの同意：

_____ あり ・ な し _____ (どちらかに○)

FAX： (0144) 32-7119 に送信ください。

締め切り 5月8日(月)