

J A北海道厚生連 札幌厚生病院 緩和ケア研修会申込書
(がん拠点病院事務局 (担当: 市川) 宛)

フリガナ	
氏名 ※1	
年齢	歳
郵便番号	
住所 (施設・自宅)	
電話番号 1 (施設・自宅)	- -
電話番号 2 (携帯など上記以外の個人の連絡先) ※2	- -
F A X 番号 (施設・自宅)	- -
E-mail (必ず記載してください)	
施設名・所属	
役職	
職別	医師・薬剤師・看護師・その他 ()
臨床経験	年
緩和医療経験	あり (年) ・ なし

※1 病院長からの修了証に記載しますので、楷書でお願いします。

※2 当日の出欠確認や緊急連絡に使用いたします。

必要事項を記入の上、下記のメールアドレス宛に e-mail にて提出ください。