ＪＡ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：柿原・小林）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	－　　－
ＦＡＸ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。

E-mail gan.sap@ja-hokkaidoukoseiren.or.jp