

第3回藤枝市立総合病院緩和ケアフォローアップ研修会参加申込書（院外用）

氏 名 : _____

※修了証で使用しますので楷書でお書きください。

施 設 名 : _____

所 属 : _____

職 種 : _____

卒 業 年 度 : _____

緩和ケア研修会受講施設 : _____

緩和ケア研修会受講年 : 平成 年

本研修会に申し込まれた動機や、とくに話したいこと、などをご自由にお書きください

FAX 054-646-1330

E-mail him@hospital.fujieda.shizuoka.jp

TEL 054-646-1111

【事務局】 医療情報室 塩澤・古瀬・増田（内線：7440）
地域医療連携室 八木（内線：8431）