

第 1 1 回 藤枝市立総合病院 緩和ケア研修会参加申込書

(申込先) 藤枝市立総合病院 医療情報室病歴係 小檜山宛

F A X : 0 5 4 - 6 4 6 - 1 3 3 0

下記の必要事項を記入して、上記申込先まで F A X にてお申し込みください。
※修了証で使用しますので楷書でお書きください。

参加希望日程 (参加希望課程に○を、お弁当を希望する場合は○、希望しない場合は×を付けてください。)	2日間全課程に参加			1日目・お弁当		
				2日目・お弁当		
	1日目のみ参加(第1期・第2期)			お弁当		
	2日目のみ参加(第3期・第4期)			お弁当		
	1日目の午前のみ(第1期のみ)					
	1日目の午後のみ(第2期のみ)					
	2日目の午前のみ(第3期のみ)					
	2日目の午後のみ(第4期のみ)					
フリガナ				年齢	性別	
氏名				男・女		
所属する医療機関名			診療科 又は 所属部署			
職種	医師・看護師 その他()		左記 免許 取得	昭和・平成 年		
連絡先	電話					
	住所	住所は、後日送付する受講決定可否通知書及び修了証の送付希望先を記入ください。				
医籍登録番号 (医師のみ)						
研修終了後厚生労働省ホームページでの氏名公開 (医師のみ)				可・否		