

(FAX:0985-28-1881) 【送付状不要】

(E-メール: fumiichi-t@pref-hp.miyazaki.miyazaki.jp)

## 平成25年度 緩和ケアフォローアップ研修会 受講申込書

ふりがな			
氏名			
病院名(施設名)			
部署・年齢	科	歳	
職種	医師・薬剤師・看護師・その他( )		
経験年数	臨床経験年数 年	緩和ケア経験年数	年
連絡先住所	〒		
TEL			
FAX			
E-mail			
過去に修了した緩和ケア研修	病院名		
	修了年月	平成 年 月	修了

昼食申し込み(お弁当とお茶: 1,000円程度)

希望する	希望しない

※ 該当欄に○印を記入してください。