

(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。