

# 熊本大学医学部附属病院緩和ケア研修会参加申込書

FAX: 096 - 373 - 5719

平成23年2月12日(土)・13日(日)に開催される緩和ケア研修会について、次のとおり申し込みます。

修了証で使用しますので、ご記入は楷書でお書き願います。

ふりがな  
氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳

〒 \_\_\_\_\_

住所(勤務先・自宅): \_\_\_\_\_

機関名・所属: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_\_)

F A X : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

職 種: 医師 薬剤師 看護師 その他( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ 印を付してください)

役職名: \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年 緩和医療経験 \_\_\_\_\_ 年

研修終了後 厚労省HPでの氏名公開 可・不可 ( 医師の方のみ記入願います。)

弁当の希望:

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 2月12日(土) | 要 | 不要 |
| 2月13日(日) | 要 | 不要 |