

相模原協同病院 緩和ケア研修会 参加申込書

ふりがな 氏名			年齢	歳
住所	郵便番号	-		
電話番号	-	-	FAX番号	-
医療機関 名称				
所属			役職	
職種 ※該当する欄に“○” を入力してください。	医師	看護師	薬剤師	その他 ( )
医籍登録 番号				
臨床経験	年	緩和医療経験	年	
メールアドレス				
厚労省・神奈川県HPでの氏名公開について ※いずれか“○”を入力してください。		可		不可
当日お弁当の注文希望 (ご希望の方は <b>当日現金で1,000円</b> を頂戴いたします。)		希望 する		希望 しない

※e-learningの修了証を忘れずに添付してください。

※以下メールアドレスに件名「緩和ケア研修会申込」にてお送りいただけますと幸いです。

【連絡先】

〒252-5188 相模原市緑区橋本台 4-3-1  
 神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院  
 担当：総務管理課 村上・桐谷  
 電話：042-761-6020 (代表)  
 mail：postmaster@sagamiharahp.com