

名古屋掖済会病院緩和ケア研修会参加申込書

氏名 _____

※ 厚労省からの修了証で使用しますので楷書でご記入下さい

医籍登録番号 _____

年齢 _____

郵便番号 _____

住所（施設・自宅） _____

電話番号 _____

FAX _____

施設名・所属 _____

役職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後厚労省 HP での氏名公開 可 ・ 不可 _____

申込先

〒454-8502

名古屋掖済会病院 企画広報部 夏目秀泰

TEL 052-652-7711 (代)

FAX 052-652-7783

E-mail natumehi@ekisai.or.jp