

大阪府済生会富田林病院 緩和ケア研修会 参加申込書 (2024/7/31 必着)

氏名(漢字)* (ふりがな)

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

性別 男・女 年齢 歳

連絡先 下記住所は (施設・自宅)です。(〇印をお付けください)

〒 -

住所

電話番号 FAX

所属施設名

所属(診療科)名 役職名

E-mail

研修終了後厚生省ホームページでの氏名公開 可・不可

※グループ分けの参考のために次のアンケートにご回答をお願いします。

職種: 医師・看護師・薬剤師・その他() 臨床経験 年

医籍番号# がん診療に携った年数 年

#医師の方のみお書き下さい。

【お申込み先】

〒584-0082

大阪府富田林市向陽台 1-3-36

大阪府済生会富田林病院 地域医療課 担当:水野

TEL : 0721-29-1121(内線 8050)

FAX : 0721-29-3550

E-mail : chiiki@tondabayashi.saiseikai.or.jp

※ 参加の可否については、令和6年8月末頃にメール、郵送にてお知らせ致します。