

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	-	-	F A X 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 当日現金で1,000円 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・森

電話：042-761-6020（代表）

mail：postmaster@sagamiharahp.com