

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。	<input type="checkbox"/>	医師	<input type="checkbox"/>	看護師	<input type="checkbox"/>	薬剤師	<input type="checkbox"/>	その他 ()
医籍登録 番号								
臨床経験	<input type="text"/>	年	緩和医療経験	<input type="text"/>	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。			<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	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。)			<input type="checkbox"/>	希望 する	<input type="checkbox"/>	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