

## がん看護研修 参加申し込み用紙

### 疼痛マネジメントコース

参加希望日	※どちらかに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 全 3 回 <input type="checkbox"/> 第 1 回 (11 月 10 日 火曜日) のみ
ふりがな 氏 名	
施 設・所 属	
看護師経験年数	年
返信先	E-mail ( ) 勤務先 FAX ( ) 自宅 FAX ( )

\*この申込用紙を(ひとり1枚)用いて、郵送でお申し込みください。

\*定員になり次第締め切らせていただきます。

参加の可否については、折り返しお知らせいたします。11月6日までに返信がない場合は担当者までご連絡下さい。

#### 【申し込み先】

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部附属病院 がんセンター事務局

\*封筒表に「がん看護研修申込」と記載してください。

#### 【問い合わせ先】

研修担当    がん看護専門看護師 坂元敦子

TEL 0422-47-5511 内線 5158 (がん相談支援室)