

【別紙 2】

杏林大学医学部付属病院 がんセンター事務局 庶務課 中野行き

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会（杏林大学医学部附属病院）
参加申込書

氏 名 (読み仮名)

※厚労省からの修了証で使用しますので、楷書でお書きください。

年齡

$$\overline{\text{T}}$$

住所（施設・自宅）

電話番号 :

Fax :

緊急時の連絡先（携帯電話等）

施設名・所属

役職

医籍登録番号 :

臨床経験 年

緩和医療経験 年

E-mail

研修終了後厚生労働省HPでの氏名公開の可否 可 ・ 不可

【連絡先】

〒181-8611 東京都三鷹市新川6丁目20番2号

杏林大学医学部附属病院 事務局庶務課 担当：中野貴仁

電話：0422-47-5511(内 2605)／F A X：0422-47-3821

メールアドレス : nakano39@ks.kyorin-u.ac.jp