

杏林大学医学部付属病院　がんセンター主催
“ 疼 痛 マ ネ ジ メ ン ト コ ー ス ”
研修参加申し込み用紙

参加希望日	※どちらかに✓をつけてください。 ☐ 全４回 ☐ 第１回（１０月３１日（木）開催）
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。10月29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

杏林大学医学部付属病院 がんセンター事務局 「がん看護研修申込」宛

【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