

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

<b>参加希望日</b>	※どちらかに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 全2回 <input type="checkbox"/> 第1回（12月19日 月曜日）のみ
<b>ふりがな 氏 名</b>	
<b>施設・所属</b>	
<b>看護師経験年数</b>	年
<b>返信先</b>	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。12月15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 2030