

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。 <input type="checkbox"/> 全3回 <input type="checkbox"/> 第1回（12月20日 水曜日）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 ()
E-mailのみ、数字の0は	勤務先FAX ()
0と記入して下さい	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19日（火）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