

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。

年齢 _____

〒 _____

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 病院庶務課 担当:橋詰 崇

電話:0422-47-5511(内 2605)/FAX:0422-47-3821

メールアドレス:hasizume@ks.kyorin-u.ac.jp