

FAX 0224-51-5525
みやぎ県南中核病院 医事課 鈴木・荒木 行

「緩和ケア研修会」参加申込書

開催日：平成29年9月9日(土)・10日(日)2日間
* 修了証書に使用しますので楷書でご記入ください。

(フリガナ)

氏名

医籍登録番号(医師のみ)

連絡先(勤務先・自宅) ※参加決定通知書・修了証書送付先

〒

住所

TEL() - FAX() -

施設名

所属科

職種
医師 看護師 薬剤師 臨床心理士 歯科衛生士 MSW
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 その他()

臨床経験 年 緩和医療経験 年

Email @

参加希望区分 A B C D (希望区分に○を付けてください)

※ 以上全てをご記入いただき、FAXでお申し込みください。※切：平成29年8月25日(金)
申込書受付後、1週間以内に参加決定通知書を郵送いたします。万が一、届かない場合は
ご連絡ください。

連絡先
みやぎ県南中核病院 医事課 鈴木・荒木
〒989-1253 宮城県柴田郡大河原町字西38-1
TEL 0224-51-5500 FAX 0224-51-5525

事務局使用欄 受付： 月 日