

平成29年度 くまもと森都総合病院緩和ケア研修会参加申込書

FAX:096-364-8585

フリガナ	
氏名	

※厚生労働省からの修了証で使用しますので、ご記入は楷書でお願いします。
(医師以外の方へは熊本県より修了証を交付します。)

年齢		医籍登録番号	
----	--	--------	--

(医師の方は必ずご記入下さい)

連絡先	郵便番号 (勤務先・自宅)	—
-----	------------------	---

電話番号		FAX	
------	--	-----	--

E-mail	
--------	--

機関名・所属	
--------	--

職種	医師・薬剤師・看護師・保健師・その他()
----	-----------------------

役職名	
-----	--

臨床経験 年 緩和医療経験 年

※医師の方へ

研修終了後、厚生労働省・熊本県ホームページでの氏名の公開 可・不可

弁当【24(土)25(日)両日昼食 2食分1,500円】 要・不要

くまもと森都総合病院 地域医療連携室 (那須)

〒862-8655 熊本市中央区大江3-2-65
TEL 096-364-9790 FAX 096-364-8585