

静岡県立静岡がんセンター緩和ケア研修会参加申込書

申し込み回（下記のいずれかにチェックをお願いいたします）

☐ 第1回(平成27年9月20日(日))、21日(月・祝)

申し込み期間：平成27年7月1日(水)～8月17日(月)

☐ 第2回(平成28年2月20日(土))、21日(日)

申し込み期間：平成27年12月1日(火)～平成28年1月18日(月)

氏 名 _____ 医籍登録番号 _____

※ 修了証書の作成時に使用しますので、お名前は楷書で記入願います。また、医籍登録番号はがんセンターが県へ実施報告をする際に必要になりますので、必ずご記入ください。

年 齢 _____

住所（勤務先・自宅）

〒 _____

電話番号 _____

FAX _____

施設名・所属 _____

役職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

申し込み FAX：055-989-5713

問い合わせ・連絡先

静岡県立静岡がんセンター 疾病管理センター 浜崎

TEL：055-989-5222(代)