

静岡県立静岡がんセンター緩和ケア研修会参加申込書

氏名 _____ 医籍登録番号 _____

※ 修了証書作成の折に使用しますので、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 小林

TEL : 055-989-5222 (代)