

平成25年度 横浜医療センター緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな					性別
氏名					
生年月日	年	月	日		歳
医籍登録番号	第		号	(医師・歯科医師のみ)	
所属施設					
職種 ※	医師・看護師・薬剤師・その他 ()				
職名					
臨床経験	年	緩和医療経験		年	
郵送物送付先 ※	所属施設 ・ ご自宅				
送付先住所	〒				
電話番号					
FAX					
E-mail					
国又は県が、研修会修了者の氏名及び所属を公開することに関し、ご承諾いただけますか。 ※	承諾します ・ 承諾しません				
<p>プログラムの一部参加を希望される方は、下記に受講される日時（項目等）を記載ください。（例 12月14日のみ参加希望等）</p>					

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

お問い合わせ・お申し込み

横浜医療センター 管理課職員係

事務担当：出井（でい）

TEL： 045-851-2621 （内線 2209）

FAX： 045-851-3902

e-mail： 3133sy01@hosp.go.jp