

第 11 回 がん診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会

参加申込書

※個人情報の収集利用提供目的について
提供頂いた個人情報は、がん診療に係わる医師のための緩和ケア研修に対し利用するものであり、他の目的で使用する事はありません。終了後は責任を持って破棄します。

個人情報の取り扱いに関して、上記事項を 同意します 同意しません

申込期限 2019年9月21日(土)まで

申込年月日 年 月 日

ふりがな			
参加者氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
職 種			
国家資格 登録番号			
専攻科名 (医師のみ)			
臨床経験年数	年		

ふりがな		
所属施設名		
所在地	〒 -	
役 職		
連絡先	部署	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	

※ 参加申込書送付先・問い合わせ先 上尾中央総合病院 緩和ケア事務局（総務一課）

TEL：048-773-1112 FAX：048-773-7122

E-mail：peace@ach.or.jp

- ◆ 受付受理後に「確認書」を FAX でお送りいたします。
- ◆ 参加の可否につきましてはお申込期間終了後、FAX にてご連絡させていただきます。
- ◆ 応募多数の場合、定員になり次第、申込期間最終日を待たずに研修受入れを締め切りとさせていただきます場合もございますので、ご了承くださいませよう願います。