

F A X 送 信 票				
参 加 申 込 書				
「平成24年 高岡市民病院 緩和ケア研修会」に参加します				
フリガナ 氏名				
年齢	歳	性別		
施設名				
所属・ 専門領域(科)			役職	
臨床経験年数	年	緩和医療経験	年	
連絡先	住所(施設・自宅) <small>どちらか一方を で囲んで下さい</small>			
	電話			
	FAX			
	E mail	@		
お弁当希望	7月1日	あり <small>どちらか一方を で囲んで下さい</small>	なし	
	7月8日	あり <small>どちらか一方を で囲んで下さい</small>	なし	
FAX 送信先	事務担当 : 高岡市民病院総務課 宮崎			
	TEL 0766-23-0204(代表) FAX 0766-26-2882			

参加申込書に係る個人情報、本研修会関連以外には利用いたしません。

【付記】

- ・原則として2日間の参加が可能ながん診療に携わるすべての医師及びコメディカル等医療従事者。 診療等で2日間の受講が難しい場合は、ご相談ください。
- ・平成22年度診療報酬改定より、がん診療関連の診療報酬項目の算定要件に、緩和ケア研修の修了が必要とされる場合があります。
- ・本研修会の全課程を修了した医師には、高岡市民病院長、厚生労働省健康局長の連名にて修了証書が交付されます。看護師、薬剤師などコメディカル参加者には富山県厚生部長より修了書が交付されます。