

FAX送信票 兼 参加申込書

平成29年度 高岡市民病院 緩和ケア研修会に参加します

フリガナ				※受付番号（記入不要）
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	
医師免許番号 （医師の方のみご記入ください）				
連絡先	○で囲んでください		自宅	・ 勤務先
	住所			
	電話			
	FAX			
	E - mail	@		
FAX 送信先	高岡市民病院総務課（TEL 0766-23-0204）			
	FAX 0766-26-2882			

※参加申込書に係る個人情報は、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およ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。
- 本研修会の全課程を修了した医師には、富山県知事、厚生労働省健康局長の連名で修了証書を交付します。看護師、薬剤師などコメディカルには富山県厚生部長より修了書を交付します。