

さいたま赤十字病院緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな _____ (必ずふりがなをご記入下さい。)

氏名 _____

※ 厚労省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢 _____

郵便番号 _____

住所 (施設・自宅) _____

電話番号 _____

FAX _____

施設名・所属 (診療科) _____

役職 _____

医籍番号 _____

臨床経験 _____ 年

緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修修了後厚労省 HP での氏名公開 _____ 可 ・ 不可

連絡先： 〒330-8553 埼玉県さいたま市中央区新都心1番地5

さいたま赤十字病院

(代表) 048-852-1111 内線 20267 (医療連携課 眞下)

内線 3622 (医事課 長谷川)

FAX 048-852-1132

E-mail iryorenkei@saitama-med.jrc.or.jp