

香川大学医学部附属病院緩和ケア研修会参加申込書
(平成25年12月22日(日)～23日(月祝)開催)

ふりがな	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 ()歳
医籍登録番号	第 号
施設名	
所属	
役職	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他医療従事者 ()
臨床経験	年
緩和医療経験	年
住所 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 香川県
E-mail	
電話番号	
FAX	
研修終了後厚生労働省HP等での氏名公開	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

※御記載いただいた氏名等で修了証書を発行しますので、手書きの場合は楷書で記入してくださいませうお願いします。

募集期限:平成25年11月22日(金)