

香川県立中央病院緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな

氏名

年齢

才

郵便番号

住所

(施設・ 自宅)

電話番号

FAX

E-mail

施設名・所属

役職

臨床経験

年

緩和医療経験

年

研修終了後厚労省HP等での氏名公開

可

.

不可

連絡先:

〒760-8557 高松市番町5-4-16

香川県立中央病院 医事課 担当:三谷

TEL:087-835-2222 (内線335)

FAX:087-861-8181

E-mail:wh1516@pref.kagawa.lg.jp