

「平成21年度香川労災病院緩和ケア研修会」参加申込書

| | | |
|----|---------------------|---------|
| 1 | 施設名 | |
| 2 | 氏名 | ふりがな |
| 3 | 診療科 | |
| 4 | 職名 | |
| 5 | 臨床経験 | 年 |
| 6 | 緩和医療経験 | 年 |
| 7 | 住所 | (施設・自宅) |
| 8 | TEL・FAX | |
| 9 | E-mail | |
| 10 | 研修終了後厚生労働省HP等での氏名公開 | 可 不可 |

連絡先

〒763-8502

香川県丸亀市城東町3丁目3番1号

香川労災病院事務局次長 鈴木正人

TEL 0877-23-3111

FAX 0877-24-1147

E-mail kagawajimujichou@kagawaH.rofuku.go.jp

