

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 歳

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

医籍登録番号

研修終了後、厚労省HP等での氏名公開 可 ・ 不可

連絡先: 〒760-8557 高松市朝日町 1-2-1

香川県立中央病院 地域医療連携課

担当 金^{かなじ}地^{のぼ}・野保

TEL:087-802-1144(地域医療連携課直通)

FAX:087-802-1160

E-mail: am1371@pref.kagawa.lg.jp