

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

医籍登録番号

※厚生労働省に参加予定者名簿を提出する際、記載が必要です。

郵便番号

住所

(施設 ・ 自宅)

電話番号

F A X 番号

E-mail

施設名・所属

役職名

臨床経験

年

緩和医療経験

年

厚生労働省HP等での氏名・所属の公開

可 ・ 不可

※厚生労働省では、研修終了者の氏名・所属について公開を予定しています。

送付先

FAX又はE-mail添付により、地域連携室（宮下）あてお送りください。

FAX 087-802-1160（地域医療室 F A X）

E-mail kn3541@pref.kagawa.lg.jp