

市立池田病院 緩和ケア研修会受講申込書【FAX用】

(7がナ)

氏名 _____〔男・女〕生年月日 _____年 月 日

※厚生労働省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

■連絡先(施設・自宅)

住 所 (施設・自宅) _____

郵便番号 _____

電話番号 _____ FAX _____

施設名・所属(科) _____

役 職 _____

職 種 ・医師 ・研修医師 ・歯科医師 ・看護師 ・薬剤師
・その他(_____) ※該当に○を付けてください。

医籍登録番号 _____

臨床経験 _____年 緩和医療経験 _____年

E-mail _____

研修終了後厚労省 HP での氏名公開 _____可 ・ 不可

■申込連絡先

〒563-8510 大阪府池田市城南3丁目1番18号
市立池田病院 担当：総務課 総務担当
TEL：072-751-2881
FAX：072-754-6374

※以下はご記入の必要はありません。

様
月 日 受付いたしました。
(決定通知書は申込締切後、参加人数、職種等により決定し通知いたします。)