

J A 愛知厚生連 海南病院 診療情報管理室宛 FAX:0567-67-3697

第 4 回 (2012. 4. 21-4. 22) 海南病院緩和ケア研修会参加

申込書

ふりがな

氏名 _____ (男 ・ 女)

※厚生労働省からの修了証書で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢 _____ 才 _____ 医籍登録番号 第 _____ 号

住所(施設 ・ 自宅) 郵便番号 _____ - _____

_____ 県

電話番号 _____ FAX _____

施設名・所属 _____

役職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後厚生労働省 HP での氏名・所属の公開 可 ・ 不可 _____

4月23日(日)の昼食(弁当) 要 ・ 不要 _____

(希望される場合は、当日実費徴収(1,000円)いたします)

問い合わせ先: 〒498-8502 愛知県弥富市前ヶ須町南本田 396 番地
JA 愛知厚生連 海南病院 医療情報室 担当 飯田
TEL: 0567-65-2511 FAX: 0567-67-3697
E-mail: 503371@kaina.jaaikosei.ne.jp