

宛先 愛知県厚生農業協同組合連合会 江南厚生病院
緩和ケア研修会事務局 医事課 松井 聖純 宛
FAX 0587-51-3302

江南厚生病院 緩和ケア研修会参加申込書

氏名 _____ (ふりがな _____) 様 年齢 _____ 歳

※厚労省からの修了証で使用しますので楷書でお書きください

施設名・所属・所属科 _____

連絡先（施設・自宅） 〒 _____

TEL（施設・自宅） (_____) _____

FAX（施設・自宅） (_____) _____

Email _____ @ _____

役職 _____ 専門領域 _____

医籍登録番号 _____ 臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

研修修了後、厚労省HPでの氏名公開（○を付けてください） _____ 可・不可

e-learning 修了（○を付けてください） _____ 済・未

追伸 _____
