

第 15 回宮城県緩和ケア研修会参加申込書

フリガナ
氏名

※厚労省からの修了証で使用するのですので楷書でお書き下さい。

年齢 _____

郵便番号 _____

住所(施設・自宅)

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 _____

研修終了後厚労省HPでの氏名公開 可 ・ 不可 _____

参加希望日(区分) 2日間 ・ (A B C D) _____

↑ 希望区分に○をつけて下さい。

【お申し込み先】

〒983-8512 仙台市宮城野区福室 1-12-1

東北厚生年金病院 庶務課 担当：及川・なみおか 瀧岡

TEL：022-259-1221 FAX：022-259-1232

E-mail：3f-809.sm@tohoku-knhp.ne.jp

[URL:http://www.tohoku-knhp.ne.jp](http://www.tohoku-knhp.ne.jp)