

## 第 19 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しますので楷書でお書き下さい。

年齢 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所（施設・自宅）

\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

施設名・所属 \_\_\_\_\_

職種（医師・その他 \_\_\_\_\_） 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<sup>なみおか</sup>・濤岡

TEL: 022-259-1221 FAX: 022-259-1232

E-mail: [3f-809.sm@tohoku-knhp.ne.jp](mailto:3f-809.sm@tohoku-knhp.ne.jp)

URL: <http://www.tohoku-knhp.ne.jp>