

奈良県立奈良病院（医事課） 緩和ケア研修会開催事務局 行き

FAX:0742-46-6011 4月13日（火）15:00 必着

まほろば PEACE 緩和ケア研修会 参加申込書

フリガナ		性別	男・女
氏名		年齢	
	修了証書発行に使用しますので、 <u>楷書</u> で丁寧にご記入ください。		
住所	〒 ー		
	受講決定通知を送付しますので、 <u>確実な連絡先</u> をご記入ください。		
TEL			
FAX			
E-mail			
医療機関名			
所属			
職種	<input type="checkbox"/> 医師（がん診療経験 年）オピオイド処方経験（ 例程度） <input type="checkbox"/> 看護師（経験年数 年） <input type="checkbox"/> 薬剤師（経験年数 年） <input type="checkbox"/> その他（職種 年）（経験年数 年）		
	グループ分けの際に考慮させていただきます。		
備考	本研修会への要望等があれば自由にご記入ください。		
研修終了後、厚生労働省ホームページでの氏名公開	可・否		

- ※ 定員になり次第、締め切ることがあります。定員を超えた場合は、地域性・がん診療連携拠点病院勤務者、経験等を考慮して選考を行います。
- ※ 受講の可否については、5月5日頃に郵送にてお知らせします。
- ※ お申しいただいた皆様に関する個人情報、研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。