

大分赤十字病院 総務課 行
(FAX 097-533-1207)

大分赤十字病院 緩和ケア研修会参加申込書

(平成27年7月4日～7月5日開催)

ふりがな _____

氏 名 _____

医籍登録番号 _____

※厚労省からの修了証及び修了報告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) 〒 _____

電話番号 _____

FAX _____

所属施設名 _____

役職 _____

7月5日の昼食 希望する・希望しない

※希望される場合は、当日実費を徴収いたします。

研修終了後厚労省 HP での氏名公開(医師のみ) 同意する・同意しない

※6月10日(水)(必着)までに、FAXにてお申込下さい。

※申込書が届きましたら、受付確認のFAXをお送りいたします。万一、届かない場合は、ご連絡ください。

なお、会場の都合により、申込期限前であっても、募集定員に達し次第締め切りとさせていただきます。受講いただけない場合は個別にご連絡いたしますので、ご了承ください。

担当:大分赤十字病院 総務課 首藤
TEL 097-532-6181