

提出先 総務企画課 高原元 宛

緩和ケア研修会参加申込書(看護師、コメディカル用)

(ふりがな) ※ふりがなも必ず記載下さい。
氏 名 _____

※ 病院長からの修了証書に使用しますので楷書でお書き下さい。

年 齢 _____ 才 _____

(医療機関の住 所)

郵便番号 _____

電話番号 _____

F A X _____

医療機関の名称(正式名称) _____

所属・役職 _____ (職種 _____)

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

(連絡先)

〒745-8522 山口県周南市孝田町1番1号

独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院

担 当： 総務企画課 高原 元

TEL： 0834-28-4411 (内線6926)

FAX： 0834-29-2579

E-mail： takahara-hajime@tokuyama.jcho.go.jp