

緩和ケア研修会（医師向け）参加申込書

FAX 番号：045（341）9781

本参加申込書を10月13日（金）までに市民病院がんセンターあてに、
お申し込み下さい。

*ただし、定員に達し次第、締め切らせていただきますので、ご注意下さい。

氏名 _____

所属 _____

役職 _____

郵便番号 _____

住所(施設・自宅)

電話番号 _____

FAX _____

* 両日参加いただくことで研修プログラム終了となりますが、単位型研修のため、プログラムの一部のみでの参加が可能です。研修会の一部参加の場合は、こちらでも御記入ください。

プログラムの一部参加 参加日:11月12日・12月10日 _____

*ご記入いただいた住所に書類を送付いたします。

*全てのプログラムを修了されると、神奈川県知事から修了証が交付されます。

[お問合せ・お申込み先]
横浜市立市民病院 がんセンター
事務担当：中村 池田
TEL：045-331-1961（内線 4102）
FAX：045-341-9781

緩和ケア研修会（医療従事者向け）参加申込書

FAX 番号：045（341）9781

本参加申込書を10月13日（金）までに市民病院がんセンターあてに、
FAXにてお申し込み下さい。

*ただし、定員に達し次第、締め切らせていただきますので、ご注意下さい。

氏名 _____

所属 _____

役職 _____

郵便番号 _____

住所(施設・自宅)

電話番号 _____

FAX _____

* 研修会の一部参加の場合は、こちらも御記入ください。

プログラムの一部参加 参加日:11月12日・12月10日

* ご記入いただいた住所に書類を送付いたします。

* 全てのプログラムを修了されますと、神奈川県知事から修了証が交付されます。

* 本研修は、単位型研修のため、プログラムの一部のみの参加が可能です。

[お問合せ・お申込み先]
横浜市立市民病院 がんセンター
事務担当：中村 池田
TEL：045-331-1961（内線 4102）
FAX：045-341-9781