

第9回兵庫県阪神北圏域 緩和ケア研修会（市立伊丹病院）参加申込書

ふりがな	
氏名	(修了証書で使用しますので楷書でお書き下さい。)
性別	男 ・ 女
年齢	
住所	〒 ー
電話番号	
FAX	
E-mail	
施設名・所属	
職種	医師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ その他()
当日のご来場方法	お車 ・ 公共交通機関
臨床経験年数	年
緩和医療経験	年
医籍登録番号	(医師は必須。厚生労働省への登録に必要です。お間違いのないようにご記入ください。)
研修終了後厚労省 HP での所属・氏名公開	可 ・ 不可
当院 HP での所属・氏名 公開	可 ・ 不可
懇親会の参加	参加 (会費 5,000 円) ・ 不参加
研修参加日程	2日間参加 ・ 2日目のみ参加 (1日目の受講日・病院名)
備考	

連絡先： 〒664-8540

兵庫県伊丹市昆陽池 1-100

市立伊丹病院内「緩和ケア研修会事務局」

TEL：072-777-3773 内線 4307 FAX：072-781-9888

E-mail：itami-hp@city.itami.lg.jp

WEB 申込も可能です。市立伊丹病院HPよりお申込ください。

<http://www.hosp.itami.hyogo.jp/>