

FAX 送信票

大崎市民病院 総合医療支援センター 地域医療連携室(相談・退院支援担当) 平井・村上宛

FAX:0229-23-3969

第 71 回 宮城県緩和ケア研修会 参加申込書

ふりがな

氏名 _____ 性別 男 ・ 女 _____

連絡先(施設・自宅)

〒 _____ 宮城県 _____

TEL _____ FAX _____

施設名・所属 _____ 医籍登録番号 _____

職種(医師 ・ その他) _____ 役職 _____

臨床経験 _____ 年 _____ 緩和医療経験 _____ 年

参加希望日(区分) _____ 2 日間 ・ (A B C D) _____

↑ 希望区分に○をつけてください。

参加日のお弁当(1,000 円/個) _____ 希望する ・ 希望しない _____

- ※ 院内コンビニエンスストア、カフェ、レストランが両日とも営業しております。
- ※ 個人情報につきましては当研修会において使用するものでありその他の目的では使用いたしません。
- ※ FAX 受理後、3 日以内に受け取り通知を FAX いたします。届かない場合はご連絡下さい。

【お問い合わせ先】 6 月 9 日(金) 〆切
〒989-6183 大崎市古川穂波三丁目 8 番 1 号
大崎市民病院 地域医療連携室 担当 平井, 村上
TEL:0229-23-3311(内線 1214)
FAX:0229-23-3969