

大和市立病院 神奈川県単位型緩和ケア研修会申込書

大和市立病院

病院長 五十嵐 俊久 殿

平成 29 年度「第 1 回緩和ケア研修会」に参加いたします。

申込日：平成 年 月 日

(フリガナ)	
氏 名	
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 歳
勤務地 所在地 電話番号 医療機関名	〒 ー
自宅 住所 電話番号	〒 ー
職 種	医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ 他 ()
専 門 科 目 (医師のみ記入)	医籍登録番号 <input type="text"/>
経 験 年 数 (医師・医療従事者)	医 療 (年) が ん 診 療 (年) 緩 和 ケ ア (年)

申込先 〒242-8602

大和市深見西 8 - 3 - 6

大和市立病院 患者サポートセンター 地域連携科 関塚・植川

TEL 046-260-0111 (代) FAX 046-200-3080

※FAXで送付の場合は、番号を確認のうえ間違いのないようにお願いいたします。