

北海道緩和ケア研修会in旭川 参加申込書

よみかな

氏名

厚労省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢

郵便番号

住所(施設・自宅)

電話

- -

FAX

- -

施設名・所属

職種

役職

臨床経験

年

緩和医療経験

年

オピオイド処方歴

ある

・ ない

(医師のみ回答)

E-mail

研修終了後厚労省 HP での氏名公開

可

・ 不可

(医師のみ回答)

懇親会

出席

・ 欠席

締切 : 平成22年4月9日(金)

申込先 : 〒078-8211 旭川市1条通24丁目 111-3

J A北海道厚生連 旭川厚生病院

がん相談支援センター事務局 担当: 久保田

TEL : 0166-33-7171(内線 4224)

FAX : 0166-38-2201