宛　先　愛知県厚生農業協同組合連合会　江南厚生病院

　　　　緩和ケア研修会事務局　医事課　松井　聖純　宛

FAX 　0587-51-3302

江南厚生病院　緩和ケア研修会参加申込書

氏名　　　　　　　　　　（ふりがな　　　　　　　　　）　様　年齢　　　歳

※厚労省からの修了証で使用しますので楷書でお書きください

施設名・所属・所属科

連絡先（施設・自宅）　〒

TEL（施設・自宅） （　　　　）　　　　－

FAX（施設・自宅） （　　　　）　　　　－

Email　 @

役職 専門領域

医籍登録番号　　　　　　　 　臨床経験　　 年　緩和医療経験　　 年

研修修了後、厚労省ＨＰでの氏名公開（○を付けてください）　　可・不可

e-learning修了（○を付けてください）　　済・未

追伸