

申込先 : FAX 0561-82-1903 申込期限 11月25日(金)(必着)

平成 28 年度 公立陶生病院緩和ケア研修会 参加申込書

平成 年 月 日

氏名	ふりがな ※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	歳
住所 (施設・自宅)	〒 -		
電話番号	- -	FAX	- -
E-mail		医籍登録番号	
施設名・所属		専門領域	
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		可	・ 不可
医師会会員区分	会員・非会員	所属医師会名 (医師会員のみ)	

お問い合わせ先： 公立陶生病院 がん診療部 (担当：稲垣・古滝)  
〒489-8642 愛知県瀬戸市西追分町160番地  
TEL：(0561)82-5101 (内5231)  
E-mail：緩和ケア [kanwa@tosei.or.jp](mailto:kanwa@tosei.or.jp)