

第9回府中病院・緩和ケア研修会 参加申込書

(医師用)

社会医療法人生長会 府中病院

〒594-0076

大阪府和泉市肥子町 1-10-17

担当：企画室 湯浅

TEL：0725-43-1234(代)

FAX：0725-40-2184

Email: gan_jimukyoku@fh.seichokai.or.jp

左記申し込み先まで
FAX か Email でお申し込みください

申込日： 年 月 日

ふりがな		医籍登録番号	
氏名			
住所 (修了証郵送用)	〒		
TEL			
Mail			
施設名			
診療科			
経験年数	年	緩和経験年数	年
研修終了後厚生省 HP での氏名公開	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可		
e-learning 修了証も一緒に提出してください	確認チェック⇒ <input type="checkbox"/>		

※空白がないよう、ご記入ください。

※案内メールを送信いたしますので、受信可能なメールアドレスをお願いいたします。

※申込書が届き次第、1週間以内に完了メールを送信いたします。

届かない場合は、ご連絡ください。

第9回府中病院・緩和ケア研修会 参加申込書

(医師以外用)

社会医療法人生長会 府中病院

〒594-0076

大阪府和泉市肥子町 1-10-17

担当：企画室 湯浅

TEL：0725-43-1234(代)

FAX：0725-40-2184

Email: gan_jimukyoku@fh.seichokai.or.jp

左記申し込み先まで
FAX か Email でお申し込みください

申込日： 年 月 日

ふりがな			
氏名			
住所 (修了証郵送用)	〒		
TEL			
Mail			
施設名			
所属			
経験年数	年	緩和経験年数	年
研修終了後大阪府 HP での氏名公開	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可		
e-learning 修了証も一緒に提出してください	確認チェック⇒ <input type="checkbox"/>		

※空白がないよう、ご記入ください。

※案内メールを送信いたしますので、受信可能なメールアドレスをお願いいたします。

※申込書が届き次第、1週間以内に完了メールを送信いたします。

届かない場合は、ご連絡ください。