

岡山県緩和ケア研修会(川崎医科大学附属病院主催)参加申込書
(平成29年6月3日～6月4日)

氏名	※厚労省からの修了証で使用しますので、楷書で記入願います
ふりがな	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳) / 性別()
医籍登録番号	
経験年数	臨床経験 年 / 緩和医療経験 年

現在の勤務先 または開業医院名	
診療科名	
役職名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mailアドレス	
研修修了後 厚労省及び岡山県HP での氏名公開	可 ・ 不可

※選択部分は該当表示を○で囲ってください。

申込書送付先： 川崎医科大学附属病院 病院庶務課 下野

【郵送】 〒701-0192 倉敷市松島577番地
 【FAX】 086-462-7897
 【E-mail】 hsyomu@med.kawasaki-m.ac.jp

*** 応募締切 * 平成29年4月28日(金)必着**
 <応募者多数の場合、人数調整させていただきますのでご了承ください>