

平成29年度 県民健康プラザ鹿屋医療センター 緩和ケア研修会参加申込書

(ふりがな)

*氏名： _____ (男・女)

修了書に記載しますので、楷書の大きな字で正確に記入してください。

*所属： _____

役職名： _____

*職種： 医師 看護師 薬剤師 MSW その他(_____)

*勤務先住所： 〒 _____

*勤務先電話番号： _____

E-mail： _____

*臨床経験年数： _____ 年 (グループ分けの参考とします)

*緊急時連絡先 (携帯電話番号等)： _____

同一施設から複数申し込みの場合の施設内優先順位：(_____ / _____)

*修了者として氏名及び所属を公開することの同意： _____ 可 _____ 否
(医師のみ記入してください)

*懇親会 1日目(9/9)夜 _____ 参加 _____ 欠席

*昼食 2日目(9/10)昼 _____ 必要 _____ 不要

記載上のお願い

*印は必ず御記入ください。

8月16日(水)までにお申し込みください。

申し込み先：県民健康プラザ鹿屋医療センター 経営課 深田宛

FAX番号：0994-42-7250

この紙に直接ご記入のうえ、表紙なしでFAXしていただいて結構です。