

長野県緩和ケアアドバンス研修会参加申込書

◆所属施設名

ふりがな

◆氏名

* 修了証書のお名前となりますので、楷書でお書きください。

◆職種 ①医師 ②看護師 ③薬剤師 ④その他 (_____)

◆緩和ケアの臨床経験 _____ 年

◆連絡先

E-Mail _____

TEL (研修会当日に連絡可能な番号をお知らせください。) _____

FAX _____

* 3月10日頃までに、E-mailにて受付のお返事をさせていただきます。
E-mailが届かない場合はお手数ですが下記問合せ先へご連絡ください。

* E-mail以外での連絡をご希望の方は、下記よりお選びください。
【①FAX ②TEL ③その他 (_____)】

【申込・問合せ先】

信州大学医学部附属病院 医療支援課医療連携係

E-Mail sca@shinshu-u.ac.jp

TEL 0263-37-3391

FAX 0263-37-2854

* 信州がんセンターホームページ内お知らせ「医療者のための長野県緩和ケアアドバンス研修会開催のお知らせ」より申込用紙のダウンロードが可能です。

E-mail または FAX にてお申込みください。