

長野県緩和ケアアドバンス研修会 2018 参加申込書

◆フリガナ	
◆氏名	
◆所属施設	
◆職種 医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ その他 ()	
◆医籍登録番号 (医師のみ) 第 号	
◆生年月日 昭和・平成 年 月 日	◆緩和ケアの臨床経験 (約) 年
◆連絡先 (自宅・職場)	◆TEL
	◆E-mail *お知らせを送りますので連絡可能なメールアドレスをご記入ください。
	◆研修会当日連絡先 *当日連絡可能な携帯電話などの電話番号をご記入ください。
◆FAX	

* お申込みから 10 日以内に 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、下記へご記入ください。

①FAX ②TEL ③その他

[]

【お申込み・問合せ】 〒390-8621 松本市旭 3-1-1 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HP より申込用紙のダウンロードが可能です。