

申込日 令和 年 月 日

横浜南共済病院主催 令和元年度横浜南共済病院緩和ケア研修会 参加申込書

FAX番号 045-786-2686

(院外医療従事者用)

※厚労省からの修了証に使用しますので楷書でお書き下さい。

フリガナ			
氏名	男・女		
生年月日	昭和・平成	年	月 日生
医療機関名			
住所 (勤務先)	〒 -		
電話番号 (勤務先)		電話番号 (個人)	
<small>※平日8:30～17:00までの間に連絡が取れる番号の記載をお願いします</small>			
職種		臨床経験	年

・今年度より新指針で実施するため受講にはあらかじめe-learningの受講が必須となります。

・参加希望者多数の場合は先着順とします。

・こちらの参加申込書の全ての項目をご記入の上、令和元年9月13日(金)までにFAXにてお申込み下さい。

ご不明な点は 地域連携室 までお問い合わせください

《問合せ先》 横浜南共済病院 事務担当:地域連携室 【電話】045-782-2101(内線1627)

項目①	項目②	項目③	受講No.	受付No.	受付日
【備考】					

(院外医療従事者)