

参加申込書

「高崎総合医療センター 緩和ケア研修会」に参加する

| | | | |
|-------------------------------|--|------------------|--------------|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 年齢 | 歳 | 医籍登録番号 (医師のみ) | |
| 性別 | 男 ・ 女 | | |
| 施設名 | | | |
| 専門領域（科） | | | |
| 臨床経験年数 | 年 | | |
| 連絡先 | 住所 | | |
| | 電話 | | |
| | 緊急連絡先 | | |
| | FAX | | |
| | メールアドレス | | |
| 参加申込書に係る個人情報は、本研修以外には利用致しません。 | | | |
| FAX送信先 | 高崎総合医療センター 疼痛緩和内科 田中 俊行 | | |
| | tanaka.toshiyuki.zb@mail.hosp.go.jp | | |
| | TEL | : | 027-322-5901 |
| | FAX | : | 027-327-1826 |