

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