

(医師用)

F A X 送信状  
長崎県島原病院 地域医療支援センター 行  
F A X 0 9 5 7 - 6 3 - 6 5 4 4

申し込み期限 平成29年9月1日 (必着)

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会受講申込書  
9月16日、17日に開催される標記研修会の受講を申し込みます。

申込日： 平成 年 月 日

ふりがな  
氏名： \_\_\_\_\_

医籍登録番号： \_\_\_\_\_

勤務先： \_\_\_\_\_ 診療科： \_\_\_\_\_

連絡先 TEL： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

研修終了後の厚生労働省や長崎県ホームページ等  
での氏名公開 ( 可 ・ 不可 )

【懇親会の開催について】

日時：9月16日(土) 研修会終了後  
場所：未定

参加する                      参加しない

(該当するところに○をつけて下さい)

(コメディカル用)

F A X送信状  
長崎県島原病院  
地域医療支援センター 行  
0 9 5 7 - 6 3 - 6 5 4 4

申し込み期限 平成29年9月1日 (必着)

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会受講申込書  
9月16日、17日に開催される標記研修会の受講を申し込みます。

申込日： 平成 年 月 日

所属先 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

| 氏名 | 職種 | 懇親会    |
|----|----|--------|
|    |    | 参加 不参加 |
|    |    | 参加 不参加 |
|    |    | 参加 不参加 |
|    |    | 参加 不参加 |
|    |    | 参加 不参加 |

(該当するところに○をつけて下さい)