

泉州緩和ケア研修会参加申込書

フリガナ

※氏名

医籍番号

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

医師のみお書き下さい。

連絡先

下記住所は(施設・自宅)(○印をお付けください)

〒

住所

TEL

FAX

施設名・所属

E-mail

研修終了後厚労省ホームページでの氏名公開

可 ・ 不可

※グループ分けの参考のために次のアンケートにご回答をお願いします。

職種

医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ その他()

役職

年齢

歳

性別

男 ・ 女

臨床経験

年

オピオイド使用経験

あり ・ なし

緩和ケア従事経験

あり ・ なし

在宅診療 または 在宅訪問経験

あり ・ なし

連絡先

市立岸和田市民病院事務局

担当:藤原

〒596-8501岸和田市額原町1001

TEL.072-445-1000 FAX.072-441-8812

<http://www.kishiwada-hospital.com/>

E-mail: jim2@kishiwada-hospital.com