第9回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

電話番号　　 　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

施設名・所属

E-mail

研修終了後厚労省ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞでの氏名公開　　　　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

お申込み先：市立岸和田市民病院 事務局 医療ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ課　担当：中川、福本、大礒

〒596-8501　岸和田市額原町1001番地

TEL：072-445-1000（内線7749）　**FAX：072-441-8820**

E-mail：[**mis3@kishiwada-hospital.com**](mailto:mis3@kishiwada-hospital.com)

* 参加の可否については、平成29年1月下旬に連絡先宛に郵送にてお知らせ致します。