独立行政法人国立病院機構 相模原病院　**緩和ケア研修会**　参加申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  | 年齢 |  | 歳 |
|  |
| 住　所 | 郵便番号 |  |  |
|  |
| 電話番号 |  |
| 所　属 |  | 役　職 |  |
| 職　種※該当する欄に“○”を入力してください。 |  | 医師 |  | 看護師 |  | 薬剤師 |  | その他 |
| （　　　　） |
| 医籍登録番号 |  |  |
| 臨床経験 |  | 年 | 緩和医療経験 |  | 年 |  |
| メールアドレス | （こちらから案内メールを送信しますので必ずご記載ください） |
| 厚労省・神奈川県ＨＰでの氏名公開について※いずれかに**必ず**“○”を入力してください。 |  | 可 |  | 不可 |

【連絡先】

〒２５２―０３９２　神奈川県相模原市南区桜台１８－１

独立行政法人国立病院機構　相模原病院

　担当　：事務部　経営企画室　宿院（しゅくいん）

電話　：０４２－７４２－８３１１　（内線）４００２

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： shiyukuin.yuto.tf@mail.hosp.go.jp

（mywebで送信する場合には上記の氏名で検索して送信してください）