

# 長野県緩和ケアアドバンス研修会2019参加申込書

連絡先	施設名	
	担当者	
	Eメール	*このアドレスにご連絡します
	電話番号	

・研修会参加者

当日連絡先	*当日連絡可能なチーム代表者の電話番号をお知らせ下さい
-------	-----------------------------

ふりがな		緩和ケア臨床経験	約	年
氏名		医師のみ	生年月日	
職種			医籍番号	
施設	*連絡先と異なる場合はご記入下さい			

ふりがな		緩和ケア臨床経験	約	年
氏名		医師のみ	生年月日	
職種			医籍番号	
施設	*連絡先と異なる場合はご記入下さい			

ふりがな		緩和ケア臨床経験	約	年
氏名		医師のみ	生年月日	
職種			医籍番号	
施設	*連絡先と異なる場合はご記入下さい			

\*参加者が多い場合は、本紙をコピーしてお使いください。

\*お申し込みから10日以内にEメールで受付のご連絡をさせていただきます。連絡がない場合は、お手数ですが下記へお問い合わせ下さい。

\*Eメール以外での連絡をご希望の方は以下へご記入下さい。

①FAX	②TEL	③その他

【お申込み・問合せ】

〒390-8621 松本市旭3-1-1

信州大学医学部附属病院 緩和ケアセンター

E-mail: pct@shinshu-u.ac.jp TEL・FAX: 0263-37-2579

\*信州がんセンターHPより参加申込書のダウンロードが可能です。