

2016年度 市立旭川病院 緩和ケア研修会 参加申込書

申込期限 : 8月17日(水)

ふりがな			
氏名	※修了証書で使用しますので、楷書でていねいにお書きください。		
年齢	歳	医師のみ ご記入ください →	医籍登録番号 専門分野・診療科名

施設名・所属			
職種名		役職名	
連絡先情報 ※通知等をお送りする先です。	郵便番号	—	
	住所		
	電話番号		
	FAX番号		

経験年数	臨床経験	年
	緩和医療経験	年

医師のみご記入ください↓		いずれかに○をお願いいたします。		
オピオイドの使用状況	ほとんど使用しない	使用頻度少ない	使用頻度多い	
研修後、厚労省HPでの氏名公開の同意	公開可	公開不可		

申込先 〒070-8610 旭川市金星町1丁目1番65号
 市立旭川病院 地域医療連携課 (担当 丸山, 藪)
 TEL: 0166-24-3181 内線5373
 FAX: 0166-26-0008
 E-mail : renkei@city.asahikawa.hokkaido.jp