

2017年度 市立旭川病院 緩和ケア研修会 参加申込書

申込期限 : 5月22日(月)

ふりがな				性別
氏名				男・女
※修了証書に記載しますので、楷書で丁寧にお書きください。				
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・機関名			
所属		役職	
職種	医師・歯科医師・研修医・看護師・薬剤師・その他()		

連絡先情報 ※通知等の送付先(勤務先 又は自宅)をご 記入ください。	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、厚生労働省HP での氏名公開の同意	公開可	公開不可	

連絡先: 〒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