

2015年度 市立旭川病院 緩和ケア研修会 参加申込書

申込期限：7月17日(金)

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
-----	-----------	--