

別紙 2

人吉総合病院「緩和ケア研修会」参加申込書

ふりがな

氏 名 _____

※厚生労働省からの修了証で使用しますので、楷書でお書き下さい。

年 齢 _____

郵便番号 _____

住 所（施設・自宅）〒 _____

電話番号 _____

F A X _____

施設名・所属 _____

役 職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後、厚労省 HP での氏名公開 可 ・ 不可

昼食希望（弁当 1食千円 お茶付き） 要（5日 ・ 6日）・不要

懇親会参加（会費 5000 円） 可 ・ 否

連絡先：健康保険人吉総合病院 医療福祉連携課 南 秀明

〒868-8555 人吉市老神町35

T E L : 0966-22-2191(代表)

F A X : 0966-22-7879(直通)

e-mail : kanwa@hitoyoshi-hp.com