

健康保険人吉総合病院 宛 (FAX 0966-22-7879)

第2回人吉総合病院「緩和ケア研修会」参加申込書

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。

(医師以外の方へは当院より修了証をお渡し致します。)

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 _____

医師の方へ：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(25日 ・ 26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 医療福祉連携室 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