

公立昭和病院 医事課 豊泉宛 (FAX:042-466-5676)

公立昭和病院 緩和ケア研修会申込書

ふりがな

氏 名

*厚労省からの修了証で使用しますので、楷書でご記入ください。

年 齢

〒

住所(施設・自宅) ※○印で囲んでください。

電話番号 :

F A X :

緊急時の連絡先(携帯電話等)

施設名・所属

役職

医籍登録番号

臨床経験

年

緩和医療経験

年

研修終了後厚生労働省HPでの氏名公開の可否

可

・

不可

※ ○印で囲んでください。

【連絡先】 〒187-8510

東京都小平市花小金井八丁目1番1号

公立昭和病院

医事課 医事管理係

担当: 豊泉 琴

電話:042-461-0052(内2171) FAX:042-466-5676

E-mail:iji@showa-hp.jp