

送信先FAX番号： **045-895-8375** (看護部宛)

2024年度 横浜栄共済病院
緩和ケア研修会 参加申込書

日程	11月 16日 (土) 8:30~17:15
参加者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
医療機関名 施設名	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()
臨床経験	年
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 - -
E-mail	

(以下、医師・歯科医師のみ記載)

医籍登録番号	
公開の同意	研修会修了後、神奈川県HPにて氏名及び所属を公開することの同意 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

- 厚労省からの修了証にて使用しますので氏名は楷書でお書きください。
- 参加申込書に係わる個人情報は、本研修会関連以外には利用いたしません。
- 申込み受付は先着順となります。受講希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。
申込みされた方には受講可否をメールにてお送りします。

参加申込み締切り：9月27日 (金)

※定員になり次第終了

※e-learning修了証書と併せて送信してください

問い合わせ先：横浜栄共済病院 看護部
電話045-891-2171 (代)