

<参加申込書>

◎申込先 FAX : 0564-21-6467

愛知県がんセンター愛知病院事務部事業グループ宛

平成29年度愛知県がんセンター愛知病院緩和ケア研修会参加申込書

フリガナ

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ください。

医籍登録番号

年齢

郵便番号

住所（施設・自宅）

電話番号

FAX

施設名・所属部門

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

否

連絡先：

〒444-0011

愛知県がんセンター愛知病院

岡崎市欠町字栗宿18番地

担当：事務部事業グループ（大谷、石原）

TEL：0564-21-6251

FAX：0564-21-6467

E-mail：cancer-c-aichi@pref.aichi.lg.jp