令和元年度　済生会新潟病院緩和ケア研修会　集合研修受講申込書

申込書作成日：　令和元年　　月　　　日

※記載漏れのないようお願いいたします

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属医療機関名 |  |
| 職種（医師等）・職位（科長等） |  |  |
| 専門分野（所属科）・臨床経験年数 |  | 　　　　　　　　年 |
| 医籍登録番号（医師の場合） |  |
| 受講通知等の連絡先となるE-mail | ＠ |
| 案内等の発送先住所　　該当先に○（勤務先　・　自宅） | 〒　　　- |
| 緊急連絡先（携帯電話等） |  |

◆昼食を希望されますか？　　（□希望する　　□希望しない）

申し込み締め切り　：　8月4日（日）まで

◎必ずe-learniｎg修了証書を添付してください。

提出先：済生会新潟病院　緩和ケア研修会事務局

TEL：025-233-6161（代表）内線5220

E-mail：h-07.kaz@ngt.saiseikai.or.jp

FAX：025-365-2436（認定看護師室）

平澤和美、此村奈都美