

FAX 送信先 0234-26-5114

医事課 佐藤 悦子 宛

平成 29 年度がん診療に携わるメディカルスタッフに対する緩和ケア研修会

受講申込書

【所属医療機関等の情報】

医療機関等名	
住 所	
電 話	
FAX	

下記のとおり申し込みます。

推薦順位	受講希望者氏名(年齢)	職種	現職種の 経験年数
1	()		年
2	()		年
3	()		年

- ※ **メディカルスタッフの受講定員は、10名程度**です。
- ※ 受講者の決定方法ですが、推薦順位の上位の方から(1から順に)調整させていただきますので、予めご了承ください。
- ※ ご年齢と現職種(医療職)の経験年数を忘れずにご記入ください。(研修のグループ分けの際に参考にさせていただきます。)
- ※ 受講者が決定し次第(10月初旬頃)、申込のあった施設の長宛に申込者の受講可否結果について通知するとともに、受講が確定した方個人宛に「受講者決定通知及び開催案内」を郵送します。