

第3回 兵庫県緩和ケアフォローアップ研修会 参加申込書

必要事項を記載の上、FAXにてお申込み下さい

申込先:神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学分野

F A X:078-382-6534

締 切:10月31日(金)

ふりがな	必ず記入してください	
氏 名	修了証等を作成します。 楷書で丁寧にお書きください。	
年 齢		歳
性 別		男性 ・ 女性
住 所	登録証等の 送付先となります。	〒 所属施設 ・ 自宅 ・ その他
電話番号	こちらからご連絡を差し 上げることがあります。 連絡がしやすい番号・ アドレスをご記入ください。	
FAX番号		
e-mail		
施設名		
所属		
職種		
【薬剤師のみ】 日本緩和医療薬学会からの単位認定について		要 ・ 不要
役 職		
臨床経験		年
緩和医療経験	年に2人以上のがん患者 看取り経験年数	年
厚生労働省指定緩和ケア研修会受講の有無		あり ・ なし

○受講決定後、アクセス並びに詳細について記載しました登録証を本人宛に郵送します。

(11月14日(金)までにお手元に届かない場合は、下記連絡先までご連絡下さい)

○申込み多数の場合は、参加をお断りする場合があります。ご了承下さい。

【問合せ先】 神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学分野(担当:若宮)

TEL:078-382-6531

FAX:078-382-6534

E-mail:wakamiya@med.kobe-u.ac.jp