

慶応義塾大学病院 緩和ケア研修会(12月用)  
参加申込書(FAX送信票)

平成 年 月 日

1	施設名	
2	所属	
3	専門科	
4	氏名	
5	性別	男 ・ 女
6	医籍番号	
7	臨床経験	年
8	緩和ケア経験	年

\* 研修会終了後厚生省HPでの氏名公開 (可 : 不可)

【連絡先】

住所: 〒            -

TEL: (            )            -

FAX: (            )            -

Email:                            @

【問い合わせ先】

慶応義塾大学病院 緩和ケアチーム

FAX : 03 - 5363 - 3509