

F A X送信票

申込先：仙台厚生病院 地域医療連携室 宛

FAX : 022-728-8703

第 129 回宮城県緩和ケア研修会 参加申込書

開催日：2024年9月8日（日）9：00～17：00

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名			

※修了証書に使用しますので楷書でお書きください。

連絡先（施設・自宅）※ご案内や修了証書の送付、確認事項があった場合の連絡先として使用します。				
住所				
〒 _____				

TEL _____		FAX _____		
施設名		所属（診療科）		
職種（ 医師 ・ その他 ）				
医籍登録番号（医師のみ） _____				
医師（看護師・薬剤師等）の経験年数		年	がん診療の経験年数	年
e-learning ID		※e-learning 修了証書を添付してください。		

申込締切 7月31日（水）

【お問い合わせ先】

〒981-0914 仙台市青葉区堤通雨宮町1番20号

仙台厚生病院 地域医療連携室 医療相談係

担当：岩渕

TEL：022-728-8000（代表）