

## 第2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: 姫路赤十字病院 総合相談支援課

F A X: 079-299-0037

締 切: 8月30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。 連絡が付きやすい番号・ 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		いる ・ いない
役 職		
臨床経験		年

### 【医師のみ】

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年度		平成 年度

○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。

(9月13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。

【問合先】 姫路赤十字病院 総合相談支援課(担当:埴岡)

TEL: 079-294-2251(内線:2370)

FAX: 079-299-0037

E-mail: soudan@himeji.jrc.or.jp