

# 市立堺病院緩和ケア研修会参加申込書

申込期限：平成23年1月14日（金）17時  
（定員に達し次第しめきり）

ふりがな  
氏名

厚労省又は大阪府からの修了証書で使用するので楷書でお書きください。

年齢

郵便番号

住所（施設・自宅）

電話番号

FAX

施設名・所属

役職

職種 医師 研修医 歯科医師 看護師 薬剤師

臨床心理士 その他（ ）

該当に を付けてください。

医籍登録番号（ ）

臨床経験 年 緩和医療経験 年

E-mail

研修終了後、厚労省又は大阪府のホームページでの

氏名の公開 【 可 ・ 不可 】

1日目（2月11日）の昼食 【 申し込む ・ 申し込まない 】

希望される方には、実費負担となりますが、お弁当をご用意いたします。

連絡先：〒590-0064 堺市堺区南安井町1丁1-1

市立堺病院総務課（担当 安井）

TEL：072-221-1700（内線3222）

FAX：072-225-3303

E-mail：yasui\_kenta@city.sakai.lg.jp