

神戸医療センター緩和ケア研修会参加申込書（医師以外）

ふりがな

氏 名

※受講済証で使用するので楷書でお書き下さい。

年 齢 歳

職 種

現在の勤務先及び職名

連絡先 電話番号： FAX：

Eメール：

受講方式

1. A課程及びB課程一括受講

研修終了後の所属及び氏名の公開 可 不可

（該当箇所に○印をご記入願います）

【申込FAX送信先】

078-794-1569

【連絡・郵送先】

〒654-0155 兵庫県神戸市須磨区西落合3-1-1

独立行政法人国立病院機構

神戸医療センター 外来係長 川崎

TEL 078-791-0111（内線407）