

# 聖マリア病院 緩和ケア研修会 受講申込み書

開催日：平成 23 年 8 月 6 日（土）・7 日（日）

申込日：平成 年 月 日

施設名	
施設住所	
施設電話番号	
施設 FAX 番号	
診療科（所属名）	
役 職	
医籍登録番号	第 号
ふりがな	
氏 名	
生年月日（年齢）	昭和 年 月 日（ 歳）
性 別	男性 女性
臨床経験（4 月 1 日現在）	年
緩和医療経験（4 月 1 日現在）	年
連絡先（電話番号）	
メールアドレス	
交通手段	車での来院 車以外での来院
終了した場合、氏名及び所属を公開することの本人の同意	同意する 同意しない

申込先：〒830-8543 福岡県久留米市津福本町 422  
社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院  
緩和ケア管理部会 事務局  
E-mail：[careteam23@st-mary-med.or.jp](mailto:careteam23@st-mary-med.or.jp)

**FAX：0942-34-3115**