**「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」**

主催：高知大学医学部附属病院　　受託者：NPO法人高知緩和ケア協会

参加申込書

送付先　：　高知大学医学部・病院事務部総務企画課研究推進室

ＦＡＸ　：　０８８－880－2227

※申し込み期限：平成27年9月30日（水）

第１日目課程 （10月24日）　　・　　第２日目課程 （10月25日）

（希望する課程を○で囲んで下さい）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　歳

※厚労省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

郵便番号　　　　-

住所（施設・自宅）

電話番号　　　　　　-　　　　　-

FAX　　　　　　 　-　　　　　-

施設名・所属

役職

臨床経験　　　　　　　年　　　　緩和医療経験　　　　　　　年

E-mail

研修修了後厚労省HPでの「氏名」の公開　　　　可　　・　　不可

研修修了後厚労省HPでの「所属」の公開　　　　可　　・　　不可

参加希望日の昼食　　要（1,000円を当日徴収いたします）　・　不要

お問い合わせ　：　高知大学医学部・病院事務部総務企画課研究推進室企画係

担当：　岡村

TEL：088-880-2180

FAX：088-880-2227

e-mail : is21@kochi-u.ac.jp