

FAX 送信票

申込先：仙台厚生病院 緩和ケア研修会事務担当 宛

FAX : 022-728-8005

第 140 回宮城県緩和ケア研修会 参加申込書

開催日：2025 年 10 月 26 日（日）8：30～17：00

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名			

※医師のみ研修会終了後、宮城県ホームページ内の修了者名簿に氏名・所属・所属科を公開することになります。

同意を頂けない方のみ、右側チェック欄にレ点を記入してください。 同意しません

修了証書に使用しますので楷書でお書きください。

連絡先（施設・自宅）※ご案内や修了証書の送付、確認事項があった場合の連絡先として使用します。	
住所	
〒	
TEL	
FAX	
当日連絡がつく緊急連絡先	
施設名	所属（診療科）
職種（ 医師 ・ その他 ）	
医籍登録番号（医師のみ）	
医師（看護師・薬剤師等）の経験年数	年
がん診療の経験年数	年
e-learning ID	※e-learning 修了証書を添付してください。

申込締切 8 月 29 日（金）

【お問い合わせ先】

〒981-0914 仙台市青葉区堤通雨宮町1番20号
仙台厚生病院 緩和ケア研修会事務
担当：及川
TEL：022-728-8000（代表）