

「平成 25 年度難病緩和ケア研修研究会」申込書

お申込み日	平成 年 月 日		
ふりがな 氏 名			男 ・ 女
所属機関名			
ご 専 門	(該当する□にチェックをいれて下さい) <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> () 内科 <input type="checkbox"/> 在宅医 <input type="checkbox"/> その他 ()		
職 位		経験年数 (神経内科もしくは難病診療)	年
連絡先 勤務先・自宅 (いずれかに○ をお付け下さい)	住 所	〒	
	電話番号	FAX 番号	
	E-mail		

情報交換会参加の有無

日 時： 平成 25 年 10 月 5 日 (土) 19:00~20:30 会 場： 研修研究会場 (FUKURACIA 東京ステーション 5 階 会議室 K) 会 費： 3,000 円 (立食形式) 会費は当日受付にて徴収させていただきます。
(いずれかに○をお付け下さい) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> 参加 不参加 </div>

●本研修に期待すること・その他連絡事項 (ご自由にご記載下さい)