神経難病緩和ケア研修会事務局 宛

FAX　 042-748-5120

E-mail kanwakea@kitasato-u.ac.jp

**「平成27年度神経難病緩和ケア研修会」申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お申込み日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
|  |  | | | | | 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）  □神経内科 　□（　　　　）内科　 □在宅医　 □その他（　　　　　　　　）  その他の職種　□看護師□保健師□MSW□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27年10月3日（土）19：00～20：30  会　場：　研修会会場鹿児島市勤労交流センター（よかセンター）多目的ホール  会　費：　3,000円（立食形式） |
| （いずれかに○をお付け下さい）  参加　　　　　　　不参加 |

**●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）**