

北信総合病院 緩和ケア研修会2025

集合研修開催日 2025年10月5日(日)

受講申込書

(下記の項目をご記入いただき、FAX又はメールにてお送りください)

FAX : 0269-22-2812

E-mail : chiiki.hokushin@kou.nn-ja.or.jp

フリガナ			年齢	性別
氏名				男 ・ 女
職種		所属科		
医籍登録番号	第	号	※修了証書の発行時必要となります。 医師・歯科医師の方は必ずご記入ください。	
臨床経験		年		
※医師・歯科医師の方のみご記入ください。 研修会終了後、厚生労働省のHP等への氏名及び所属の公開について 同意する ・ 同意しない				
所属機関 (連絡先)	医療機関名			
	TEL		FAX	
	E-mail			
緊急連絡先(当日連絡可能な電話番号)				

※お申し込みには必ずe-learning修了証書を添付してお送りください。

【申込締切日】 2025年9月5日(金)

【お問い合わせ先】 JA長野厚生連北信総合病院 地域医療連携課

TEL : 0269-23-2160(直通)

※お申し込みされた方には、「受講のご案内」をFAX又はE-mailにてお送りいたします。
申し込み後、10日過ぎてもご案内が届かない場合には、お手数ですが事務局までご連絡願います。