**豊川市民病院　患者サポートセンター宛て　FAX 0533-86-1701**

**令和５年度　豊川市民病院緩和ケア研修会参加申込書**

氏名　　　　　　　　　　　　（ふりがな　　　　　　　　　　　　　）

※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。

施設名・所属

　　　　〒

住所

電話番号

ＦＡＸ

役職

臨床経験　　　　　　　年　　　　緩和医療経験　　 　　年

修了証書の送付先

□上記施設・住所と同じ

□下記宛先に送付

住所　〒

宛名

研修修了後厚労省HPでの氏名公開　　　　可　　・　　不可

お申し込み・問い合わせ先

〒442-8561　豊川市八幡町野路２３番地

豊川市民病院　患者サポートセンター　担当：古地

T E L：0533-86-1111　F A X：0533-86-1701

e-mail：kansapo@toyokawa-ch-aichi.jp