

申込日 平成 年 月 日

## 緩和ケア研修会参加申込書

### 1. 参加研修者について

氏名 <small>ふりがな</small>	<input type="text"/>	性別	男・女
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
勤務先	..... TEL - -		
個人連絡先(携帯)	TEL - -		
所属科・専門領域	.....科・専門領域.....		
医師経験年数	年		
がん診療経験年数	年		
10月10日の宿泊 (印を付けてください)	宿泊先 三沢シティホテル〒033-0001 三沢市中央町 2-1-1 TEL : 0176-52-7777、FAX : 0176-52-7770 1泊 7,500円(朝食込み・税込) 宿泊を希望《 する・しない 》 「希望する」場合は、こちらで予約手続きを行います。		
食事(弁当)の確認 10月10日(夕食) 10月11日(昼食) (印を付けてください)	10月10日の夕食を注文《 する・しない 》(1,500円) 10月11日の昼食を注文《 する・しない 》(1,000円) 料金は10月10日の受付時に徴収いたします。		

### 2. 研修に対する要望、日頃抱える課題等があれば記入願います。


**申込書は、平成21年9月10日(木)迄に下記宛郵送又はFAXにて提出してください。**

#### 【申込書提出先】

三沢市立三沢病院 管理課 安藤  
〒033-0001 三沢市中央町 4 - 1 - 10  
TEL 0176 - 53 - 2161 FAX 0176 - 52 - 6023