

「和歌山県においてがん診療に携わる医師以外の医療従事者に対する緩和ケア研修会」受講申込書

病院・医院名

氏名(ふりがな)	職種	職種経験年数及び がん診療に携わった 経験の有無	参加日	昼食の手配 (1食分1,000円)
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 (がん診療に携 わった経験) 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 2日間 <input type="checkbox"/> 初日のみ <input type="checkbox"/> 2日目のみ	<input type="checkbox"/> 2日間(¥2,000) <input type="checkbox"/> 初日のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 2日目のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 (がん診療に携 わった経験) 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 2日間 <input type="checkbox"/> 初日のみ <input type="checkbox"/> 2日目のみ	<input type="checkbox"/> 2日間(¥2,000) <input type="checkbox"/> 初日のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 2日目のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 (がん診療に携 わった経験) 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 2日間 <input type="checkbox"/> 初日のみ <input type="checkbox"/> 2日目のみ	<input type="checkbox"/> 2日間(¥2,000) <input type="checkbox"/> 初日のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 2日目のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 (がん診療に携 わった経験) 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 2日間 <input type="checkbox"/> 初日のみ <input type="checkbox"/> 2日目のみ	<input type="checkbox"/> 2日間(¥2,000) <input type="checkbox"/> 初日のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 2日目のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 (がん診療に携 わった経験) 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 2日間 <input type="checkbox"/> 初日のみ <input type="checkbox"/> 2日目のみ	<input type="checkbox"/> 2日間(¥2,000) <input type="checkbox"/> 初日のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 2日目のみ(¥1,000) <input type="checkbox"/> 不要

※1日目のみ、2日目のみを受講したことがあり、今回残りの日程の受講希望の方は、いつでも何日目を受講したか記載してください。

※6月23日(金)までに送信願います。