

「和歌山県においてがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」受講申込書

病院・医院名

(ふりがな) 氏名 医籍登録番号	診療科	臨床年数 及び 麻薬処方経験 の有無	参加日	昼食の手配 (1食分1,000円)
		年 (麻薬処方) 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
医籍登録番号				
		年 (麻薬処方) 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
医籍登録番号				
		年 (麻薬処方) 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
医籍登録番号				
		年 (麻薬処方) 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
医籍登録番号				
		年 (麻薬処方) 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
医籍登録番号				

※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。