

社会福祉法人 三井記念病院  
緩和ケア研修会 参加申込書

申込日 2023 年 月 日

フリガナ		TEL	( )		
氏名		携帯	( )		
e-mail	@	性別	男・女	年齢	歳
病院名					
病院住所	〒				
主所属					
役職		経験年数	年		

	病院住所へ希望の場合	※病院住所以外での郵送を希望される場合
修了証送付先	<input type="checkbox"/>	〒

※記載がない場合は、病院住所への郵送対応とさせていただきますので予めご了承ください。

ご記入後は下記アドレスへ添付の上、ご送付ください。

e-mail	cancer-mmh@mitsuihosp.or.jp	社会福祉法人 三井記念病院 〒101-8643 東京都千代田区神田和泉町1番地 TEL : 03-3862-9111 (代表) がん診療センター事務局 宛
--------	-----------------------------	---