

【医療関係者対象の講習会】

「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」  
参加申込書（FAX）

申込先FAX番号：03-3581-7438

平成 年 月 日

会場	大分県労働福祉会館（全労済ソレイユ）カトレア		
日時	平成27年3月14日（土） 午後3時～午後6時		
ふりがな			
氏名			
職種	医師 歯科医師 薬剤師 看護師 その他の医療関係職種（ ）		
所属	開業医 病院勤務 診療所勤務 調剤薬局 その他（ ）		
住所	都道 府県		市区 町村
連絡先	TEL：（ ）		—
	FAX：（ ）		—
	Eメール：		@
受講証明 (注3、4)	<input type="checkbox"/> 医師生涯教育講座 <input type="checkbox"/> 薬剤師研修センターシール <input type="checkbox"/> 緩和医療薬学会シール		
質 問  (講習会の最後にパネル形式で質疑応答を行います。)			

- (注) 1 この申込書の個人情報、本講習会関係事務以外には使用いたしません。また、お送りいただいた申込書は講習会終了後速やかに破棄いたします。
- 2 ご希望の方には、財団発行の受講証明書をお渡しいたします。
- 3 様式指定受講証明書： 研修認定シール、2の受講証明書の外、学会の指定様式などの特別の様式の受講証明書に主催者の押印を必要とする方は、当日の押印はできませんので、返信用封筒（宛名を記載し、82円切手を貼付したもの）と様式をお持ちください。受付でお預かりし、後日押印の上返送いたします。
- 4 受付票は発行しません。定員超過の場合はご連絡します。