**FAX　0193-63-6945又はEmail**[**chiharu-kumagai@pref.iwate.jp**](mailto:chiharu-kumagai@pref.iwate.jp)

岩手県立宮古病院　地域医療福祉連携室　行

**令和７年度宮古地域緩和ケア医療従事者研修会参加申込書(院外用)**

開催日時：令和７年11月29日（土）9：00～17：15

開催場所：岩手県立宮古病院　２階大会議室

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 所属住所 | 〒　　　- |
| 所属連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　FAX： |

参加申込人数　　　　　　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | （ふりがな） |  | 職種： |
| 氏名 |  |
| E-mail |  | |
| 2 | （ふりがな） |  | 職種： |
| 氏名 |  |
| E-mail |  | |
| 3 | （ふりがな） |  | 職種： |
| 氏名 |  |
| E-mail |  | |
| 4 | （ふりがな） |  | 職種： |
| 氏名 |  |
| E-mail |  | |
| 5 | （ふりがな） |  | 職種： |
| 氏名 |  |
| E-mail |  | |

※太枠内をご記入願います。

※E-mailは後日e-learning受講のお知らせに使用いたしますので、必ずご記入願います。

※申し込み締め切り**令和７年７月31日（木）**まで

【担当】〒027-0096岩手県宮古市崎鍬ヶ崎第１地割11番地26

岩手県立宮古病院　地域医療福祉連携室　熊谷

TEL　0193-62-4011　FAX 0193-63-6945　内線5270

　　　E-mail　chiharu-kumagai@pref.iwate.jp