

■研修の受け入れ

研修の受け入れについて	有 ・ 無 ・ その他（ ）
受入職種に○をつけて下さい	医師 ・ 看護師 ・ その他（ ）

■問い合わせ先

連絡先	緩和ケアチームに関する問い合わせ	見学・研修等の問い合わせ
部署・担当者氏名		
電話/FAX 番号		

協会ウェブサイトの会員名簿で、本書類に記載の内容を公開することについて	承諾する ・ 承諾しない
-------------------------------------	--------------