

# F A X 送 信 票

公立藤岡総合病院 「がん診療に携わる医療者に対する緩和ケア研修会」

## 参 加 申 込 書

フリガナ			
参加者氏名			
年 齢	歳		
性 別			
施 設 名			
専門領域(科)			
経験年数	年	医籍登録番号	
連 絡 先	住所		
	電話	—	—
	FAX	—	—
	メール		
お弁当希望	11月25日(土)	する	しない ・どちらか一方を○で囲んで下さい
	11月26日(日)	する	しない ・どちらか一方を○で囲んで下さい
参加申込書に係る個人情報は、本研修会関連以外には利用いたしません。			
FAX 送信先	公立藤岡総合病院 地域医療支援連携センター 担当： 柚木 礼子		
	TEL 0274-22-3311 FAX 0274-24-7002		