

平成 29 年度 第 2 回 市立豊中病院「緩和ケア勉強会」参加申込書

「日本緩和医療の最先端と最前線」

下記に必要事項を記入し、市立豊中病院 がん相談支援センターまで F A X 送付してください。

F A X 番 号 06-6858-3602

と き 平成 29 年 12 月 2 日 (土曜日) 午後 3 時～午後 5 時
と ころ 千里阪急ホテル 仙寿の間

申込み期限 平成 29 年 11 月 23 日 (木曜日)

【お問合せ先】 〒560-8565 豊中市柴原町 4-14-1
市立豊中病院 がん相談支援センター 担当：仲谷・伊藤
TEL 06-6843-0101 (内線 3123) FAX 06-6858-3602

記

年 月 日

市立豊中病院 がん相談支援センターあて

次のとおり、「緩和ケア勉強会」の参加申込いたします。

所属団体 _____

電話番号： _____

F A X 番号： _____

参加者氏名	職 種 ※該当に○印を記入ください
	医師・看護師・薬剤師・ケアマネージャー・ヘルパー ()
	医師・看護師・薬剤師・ケアマネージャー・ヘルパー ()
	医師・看護師・薬剤師・ケアマネージャー・ヘルパー ()
	医師・看護師・薬剤師・ケアマネージャー・ヘルパー ()
	医師・看護師・薬剤師・ケアマネージャー・ヘルパー ()
	医師・看護師・薬剤師・ケアマネージャー・ヘルパー ()

講演者の先生にご質問がありましたら、下記にご自由にお書きください。