

FAX申込書

墨田区在宅緩和ケア事業 第2回 在宅緩和ケア研修会
について、下記のとおり申し込みます。

【氏名】(必須)

修了証発行希望の方は
下記にチェックを
お願いします。

① _____

☐

② _____

☐

③ _____

☐

【電話番号】(必須)

【事業者名】

【職種】

① _____ ② _____ ③ _____

※医療・介護の専門職の方は、事業者名・職種・修了証の有無をご記入ください。

墨田区在宅緩和ケア事業担当
賛育会病院 患者サポート部 井戸 行

FAX：03-6284-1377