

FAX申込書

墨田区在宅緩和ケア事業 第3回 「緩和ケア病棟の実際」
について、下記のとおり申し込みます。

【氏名】(必須)

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