

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 _____

。

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・北見 行
FAX：03-6284-1377