

## 〈送信先〉

熊本大学病院 ケアサポート室

# FAX:096-373-5736

下記必要事項をご記入のうえ、お申込ください。

## 〈申込期限〉令和元年9月27日(金)

熊本県がん診療連携協議会 がん看護臨床実務研修 公開講座Ⅱ

## 熊本がん看護セミナー～高齢がん患者への看護～

### 参加申込書

「熊本がん看護セミナー ～高齢がん患者への看護～」の参加を下記のとおり申し込みます。

施設名	
連絡先	〒 ----- ----- TEL : (        )                      FAX : (        ) E-mail :

1	代表者氏名	ふりがな
2	氏名	ふりがな
3	氏名	ふりがな
4	氏名	ふりがな
5	氏名	ふりがな
6	氏名	ふりがな
7	氏名	ふりがな

※この申込に際し得た個人情報は、本セミナーの事業のみに利用し、目的外には利用しません。