

〈送信先〉

熊本大学医学部附属病院 緩和ケアセンター

FAX:096-373-5587

下記必要事項をご記入のうえ、お申込ください。

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

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。