

**令和3年5月19日：第154回地域ケア連携研修会
第92回熊本緩和ケアカンファレンス参加申込書**

申込期限：令和3年 5月14日（金）

【送付先】 F A X : 0964-33-3207
M A I L : 614-kanrika@mail.hosp.go.jp
担 当 : 紫 垣 雅 英

医療機関名		
担当部署 担当者名		
TEL/FAX	TEL	FAX
M a i l		

《参加者名簿》

氏名	職種	メールアドレス

ご記入いただきましたメールアドレスに招待状をお送りいたします。数人で参加される場合は、メールアドレス欄に「同上」と記入ください。なお、招待状が来なかった場合は連絡ください。
(0964-32-0826)