

締め切り：8月21日（金）17時

FAX 0234-26-5114（添書不要）

日本海総合病院 医事課 新橋 直己 宛

令和2年度 緩和ケア講演会

参加申込書

医療機関・事業所名		
	Tel	Fax

○参加者名簿

御氏名	役職	職 種 (いずれかに✓してください)
		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ療法士 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ療法士 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ療法士 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ療法士 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ療法士 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他（ ）

※切り・・・令和2年8月21日（金）17時まで