

一般社団法人つくば市医師会事務局行き
(FAX : 029-877-1415 送付状不要)

平成27年度茨城県在宅医療・介護連携拠点事業

多職種連携による

在宅緩和ケア研修会 申込書

1 施設区分 (該当に■)

- 病院 診療所 訪問看護ステーション
- 居宅介護支援事業所 その他

2 施設名 (※修了証作成のため正式名称をご記入ください)

--

3 申込担当者

氏名 :	E-mail :
TEL :	FAX :

4 受講希望者

申込順位	職種	氏名
1		
2		
3		

※本書に記載された施設名・職種・氏名等は、修了証の作成に利用させていただきます。

※応募者が多数の場合は、1施設あたりの人数を制限させていただく場合がございますので、ご了承ください。

※参加表をFAXで送信いたしますので、FAX番号は必ず記入願います。