

送信先：白根大通病院 総務課 宛

送信案内は不要です

F A X : 0 2 5 - 3 6 2 - 0 2 7 2

*申込締切り：9月27日(月)

<テーマ>

「緩和ケアセミナー参加申込書」

施設名：

住所：〒 -

電話番号：

FAX番号：

<参加希望者氏名>

今回のセミナーは医療関係者の方を対象としております。

職種	参加者氏名

質問・ご意見

[]

*ご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

お問合せ先

白根大通病院

tel: (代)025-362-0777 fax: 025-362-0272