

FAX 0234-26-5114 (添書不要)

日本海総合病院 医事課 佐藤 悦子 宛

平成29年度 第2回 地域連携緩和ケア 症例検討会

## 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)	左資格での経験年数 ( 備考欄 )
	<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 (         )	(         )年 (         )
	<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 (         )	(         )年 (         )
	<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 (         )	(         )年 (         )
	<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 (         )	(         )年 (         )
	<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 (         )	(         )年 (         )
	<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 (         )	(         )年 (         )

✕切り・・・平成30年 2月28日 (水) 14時まで

参加申込書を受領後、事務局より受付完了通知メールを送信します。  
申込から5日程度経過しても受付完了通知が届かない場合は、お手数ですが下記担当者まで電話にてご連絡ください。

参加受付が完了した方には、3月7日(水)までに、事前の症例検討会資料をお送りいたします。

【事務局】日本海総合病院 医事課 佐藤 (TEL:0234-26-2001)