

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30年度 第1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)
	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 介護士 ☐ 薬剤師 ☐ リハビリ療法士 ☐ ケアマネ ☐ その他 ()	(年)
	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 介護士 ☐ 薬剤師 ☐ リハビリ療法士 ☐ ケアマネ ☐ その他 ()	(年)
	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 介護士 ☐ 薬剤師 ☐ リハビリ療法士 ☐ ケアマネ ☐ その他 ()	(年)
	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 介護士 ☐ 薬剤師 ☐ リハビリ療法士 ☐ ケアマネ ☐ その他 ()	(年)
	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 介護士 ☐ 薬剤師 ☐ リハビリ療法士 ☐ ケアマネ ☐ その他 ()	(年)
	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 介護士 ☐ 薬剤師 ☐ リハビリ療法士 ☐ ケアマネ ☐ その他 ()	(年)

〆切り・・・平成30年 6月11日(月) 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御連絡ください。
参加受付が完了した方には、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)