

令和元年度 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

- 今回直接御案内のメールが届いていない医療機関・事業所の方は受付完了メールを送信しますので、必ずメールアドレスをご記入ください。

メールアドレス： _____ @ _____

○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・・・令和元年7月4日(木) 17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。
(※今回直接御案内のメールが届いていない医療機関・事業所の方は上記に必ずメールアドレスをご記入ください。)
 - ・申込から5日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。
 - ・受付完了後、事前に症例検討会用の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)