

# 参加申込書

## 第8回インテンシブコース(在宅がん医療・緩和医療)集中セミナー 平成29年度 第1回 高知県がん専門相談員研修

所属: \_\_\_\_\_

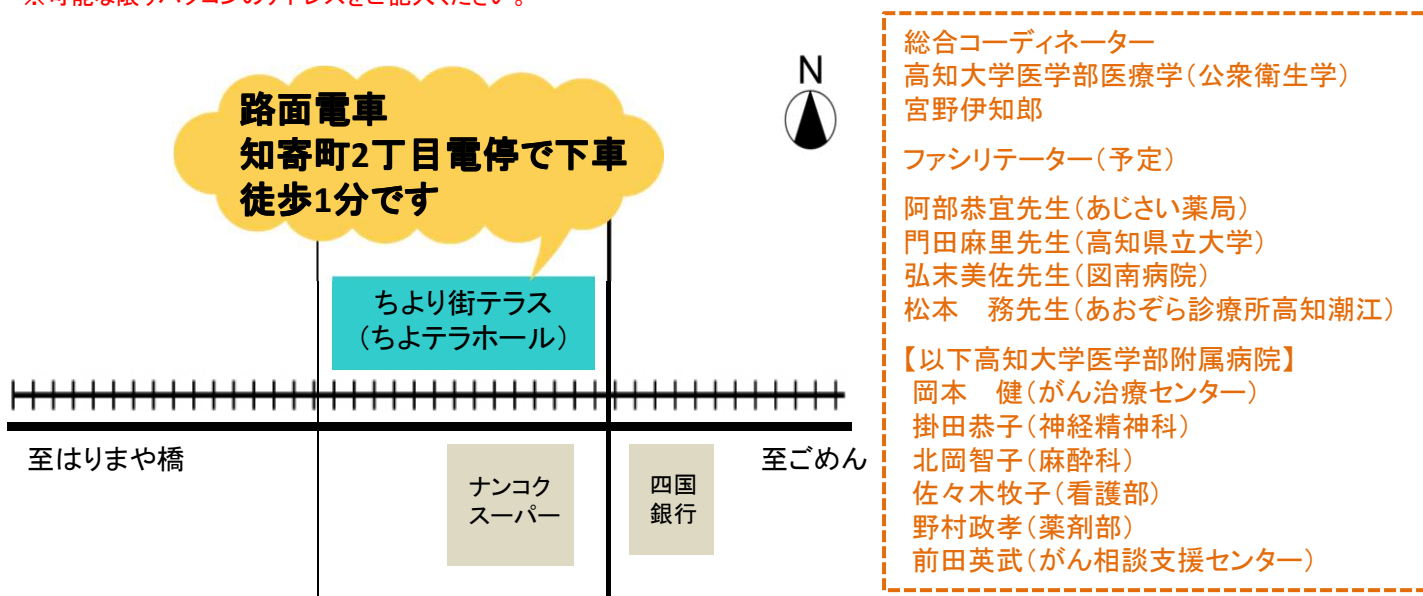
氏名(フリガナ): \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

職種: 医師・歯科医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・その他( \_\_\_\_\_ )  
※○をしてください

電話番号: \_\_\_\_\_  
(携帯番号が望ましいです)

FAX番号: \_\_\_\_\_

E-mailアドレス: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
※可能な限りパソコンのアドレスをご記入ください。



会場駐車場には、駐車台数に限りがございますので、可能な限り公共交通機関をご利用ください。