

参加申込書

第9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

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・
ホームヘルパー・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。

お車でお越しの際は、駐車料金の割引（半額）があります。（駐車券をフロントにご提示ください。）高知会館駐車場（80台）が満車の場合は、近隣駐車場をご利用ください。なお、その場合の割引サービスはございませんので、ご了承ください。

