

※送信表は不要です。このままFAXしてください。
参加申し込みFAX番号 096-383-5540 (9/27締め切り)

桜十字熊本東病院
第9回 緩和ケア研修会 申込書

貴施設名	
TEL	
FAX	

役職 (職種)	氏 名
()	
()	
()	
()	
()	
()	

代表連絡者氏名 (代理の方でも結構です)	
-------------------------	--

[連絡先] 医療法人桜十字 桜十字熊本東病院
熊本市東区三郎1丁目12-25
TEL : 096-383-5555 FAX : 096-383-5540
Mail: h-medinet@sakurajyuji.jp
担当: 地域医療連携室 浦邊春菜