

Fax送信先(0771-42-2096)  
京都中部総合医療センター 総務課 宅間 宛

## 第9回京都中部総合医療センター 緩和ケア研修会 参加申込書

施設名 : \_\_\_\_\_ Fax番号 : \_\_\_\_\_

1	氏名	フリガナ	職種	受講者ID
	臨床経験年数	電話	メールアドレス	
2	氏名	フリガナ	職種	受講者ID
	臨床経験年数	電話	メールアドレス	

- \*申込締め切り：11月6日(水)までといたします。
- \*本紙をもとに修了証にお名前を記載致します。お間違いのないよう今一度ご確認ください。
- \*申込書受領後、1週間以内に当院より「申込確認通知」をFaxにてお送りいたします。「申込確認通知」が届かない場合には恐れ入りますがご一報ください。