

第6回 中国・四国地区 緩和ケアチーム懇話会

送 信 先： 協和発酵キリン 香川営業所宛

F A X： 087-822-0954

申 込 期 限： 平成 25 年 8 月 30 日（金）

.....

参 加 申 込 書

ご施設名 _____

| ご所属名 | * お名前 | お名前のフリガナ | 職種 |
|------|-------|----------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* 参加人数が多い場合、ご施設の予定人数をお知らせいただくだけでも結構でございます

◆ ◆ ◆ 送信者 ◆ ◆ ◆

施設・所属等： _____ (上欄のご施設名・所属等と異なる場合ご記入ください)

お 名 前： _____

電話番号： _____ F A X： _____

e-mail： _____