

平成20年度三豊総合病院緩和ケア研修会申込書

氏名(漢字)	氏	名
氏名(よみ)		
病院名		
所属科		
職種		
メールアドレス		

<注意事項>

修了証書発行後に氏名の変更は困難です。特に氏名は誤字がないように再確認してください。

連絡先のメールアドレスは携帯のアドレスは避けてください。

**** メールにてお申込みください ****

担当(問合せ先)：三豊総合病院 総合相談室 高橋
総務課 須藤

メールアドレス：soudan.center@mitoyo-hosp.jp