

第1回 高松赤十字病院緩和ケア研修会申込書

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

<注意事項>

- Wordファイルに入力の上、メールにてお申し込みください。
- 修了証書発行後の氏名変更には対応できません。氏名の漢字に誤りがないか再確認ください。
- 氏名の漢字入力に外字を使用しなければならない場合は、下記担当までご連絡ください。
- 連絡先のメールアドレスは、携帯電話のメールアドレス以外をご記入ください。

【問合せ先】

高松赤十字病院 企画調査課

担当：石橋、久保田

TEL：087-831-8122 (直通)

FAX：087-834-7809

E-mail：aau49530@par.odn.ne.jp