

(別添)

送信先 : FAX:087-834-7809 高松赤十字病院 〆切り7/1(金)まで

第25回 香川緩和ケア研究会 参加申込書

施設名 :

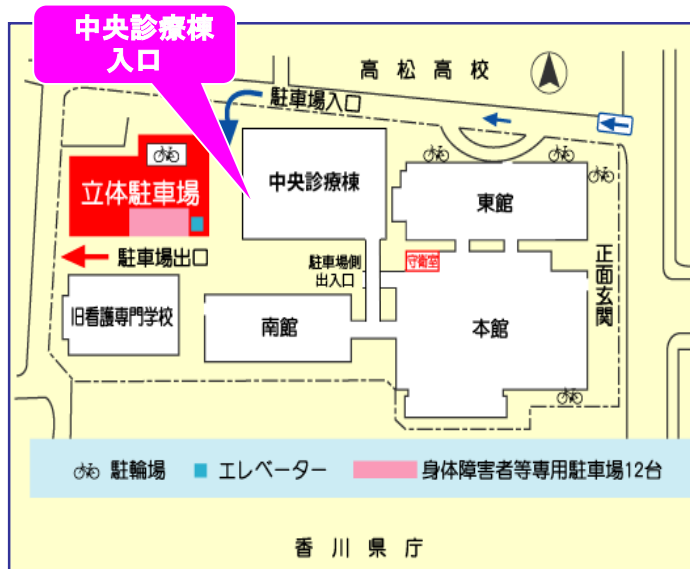
電話番号:

FAX番号:

※代表者にレ点の記入をお願いいたします。

| | 所 属 | 職 種 | 氏 名 |
|--------------------------|-----|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |

※今回のテーマ以外のことで、検討したいこと、知りたいことなどありましたらご記入ください。



- 高松高校と病院の間の道路は一方通行です。
- お車でお越しの場合は、当院駐車場あるいは高松高校地下駐車場ご利用下さい。病院の駐車券を受付でご提示下さい。

■ 問合せ先

〒760-0017 高松市番町4-1-3

高松赤十字病院医療社会事業課 蜂須賀・糸瀬

TEL:087-831-7101 (内線1175)

FAX:087-834-7809

e-mail:gansodan@takamatsu.jrc.or.jp