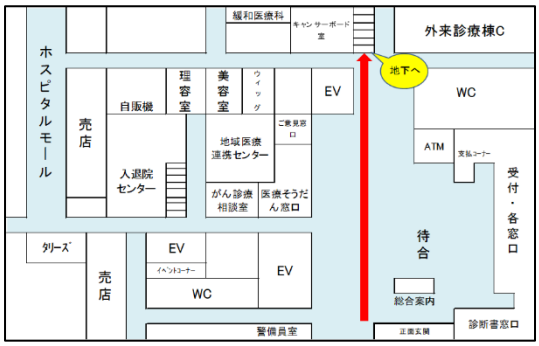
東北大学病院　がんセンター事務局 行
FAX：022-717-8886　（TEL：022-717-7995）

送信日　令和元年　　月　　日

第１４回緩和ケア地域連携カンファレンス

参 加 申 込 書

公共交通機関をご利用ください。やむを得ずお車利用の場合は、外来駐車場をご利用いただき、駐車券を会場受付にてご提示ください



施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◇参加希望者◇　※申込みに人数制限はありません

氏　名	職　名	備　考
	医師 ・ 看護師 ・ ＳＷ その他（　　）	
	医師 ・ 看護師 ・ ＳＷ その他（　　）	
	医師 ・ 看護師 ・ ＳＷ その他（　　）	
	医師 ・ 看護師 ・ ＳＷ その他（　　）	
	医師 ・ 看護師 ・ ＳＷ その他（　　）	

申込締切日：令和２年２月 21 日（金）
※定員になり次第申し込みは締め切らせていただきます。