

送信先：高知大学医学部・病院事務部 学生課

FAX 番号：088 - 880 - 2264

申込締切：平成 24 年 8 月 24 日 ( 金 ) ( 厳守 )

# 参加申込書

中国・四国広域がんプロ養成コンソーシアム

第 1 回インテンシブコース ( 在宅がん医療・緩和医療 ) 集中セミナー

「良好な地域連携の構築を目指して」

所属： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ フリガナ： \_\_\_\_\_

職種： 医師・歯科医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・その他( \_\_\_\_\_ )

※ ○ をしてください

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX 番号： \_\_\_\_\_

e-mail アドレス： \_\_\_\_\_

※可能な限りパソコンのアドレスをご記入ください