

参加申込書

施設名：

郵便番号：

住所：

電話番号：

FAX番号：

代表者名：

氏名	部署	看護師経験 (年齢)	緩和ケア経験	ロールプレイ 経験回数
フリガナ -----		年 (歳)	年	回
フリガナ -----		年 (歳)	年	回
フリガナ -----		年 (歳)	年	回

※氏名票等の作成に使用しますので、「フリガナ」は必ずご記入ください。

※応募者多数の場合には、調整により参加希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。

※調整後、受講決定通知書を送付させていただきます。

お申込みFAX番号：0166-26-0008

【お問い合わせ】

市立旭川病院 地域医療連携課（担当：小松）

〒070-8610 旭川市金星町1丁目1番65号

TEL：0166-24-3181（内線5373）

FAX：0166-26-0008