

# 参加申込書

## 第 1 回

### 東札幌病院地域・緩和ケアセミナー～がん治療と緩和ケア～

開催日：2024年4月18日（木） 19：00～

下記項目にご記入の上、お申込み下さい。

お名前：	▼ 職種	▼ 懇親会参加の方は○を
_____	様 /	/ 参加
病院名：	_____	
TEL：	_____	

## 2 人目以降は下記にご記名ください

お名前：	▼ 職種	▼ 懇親会参加の方は○を
_____	様 /	/ 参加
お名前：	_____	
_____	様 /	/ 参加
お名前：	_____	
_____	様 /	/ 参加

### 》》 送付先 》》

事務局 東札幌病院 がん相談支援センター

**FAX：011-817-5130**

※いただいた個人情報は今回のセミナーのみに使用し、それ以外には使用いたしません。