

施設整理番号

緩和医療患者の QOL 推進講習会参加申込書

参加者所属施設名

電話番号（連絡先）

〒 所在地

参加希望者職種

（ ふ り が な ）
氏 名

備 考

1. 参加申込は、この申込書をお使いください。

[郵送の場合] 〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2丁目

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター

「緩和医療患者の QOL 推進講習会事務局」宛お送り下さい。

[FAX の場合] 011-811-9110 (北海道がんセンター)

2. 参加申込締切 平成 20 年 10 月 31 日(金)

3. 問合せ等がありましたら下記までご連絡下さい。

北海道がんセンター

「緩和医療患者の QOL 推進講習会事務局」Tel 011-811-9111(内線 251)

(事務局欄)

受付/

登録/

記載/

確認/

郵送/