

F A X 送 信 状

(会場参加申込書)

お申し込みは、本状のみ送信してください。

送 信 先 : 長崎県島原病院 総合医療支援センター

FAX番号 : 0957-63-6544

令和 年 月 日

長崎県島原病院 地域連携公開セミナー

日時：令和8年3月6日（金）18時30分～19時30分

「医療・介護・福祉従事者向け緩和ケア研修会」

の参加を申し込みます。

ご所属 _____

電話番号 _____

(職種は必ずご記入下さい)

ご 氏 名	職 種

申し込み期限：令和8年2月27日（金）必着