

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5月15日(金) 18時30分~20時00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5月8日(金) 必着