**第７回大阪府在宅緩和ケア地域連携研修会・申込書**

施設名：

●該当するものに〇をつけてください。

国指定がん診療連携拠点病院　（　　　）

府指定がん診療拠点病院　　　（　　　）

在宅療養支援診療所　　　　　（　　　）

その他　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）

施設住所：

電話番号：　　　　　　　　　　　　　FAX：

参加者（代表者）E-mailアドレス**（必須）**：

●参加希望者

ふりがな

1. 氏名：

性別：　男　・　女

職種：医師（　　　　科）・看護師・薬剤師・MSW・その他（　　　　　）

ふりがな

1. 氏名：

性別：　男　・　女

職種：医師（　　　　　科）・看護師・薬剤師・MSW・その他（　　　　　）

ふりがな

1. 氏名：

性別：　男　・　女

職種：医師（　　　　　科）・看護師・薬剤師・MSW・その他（　　　　　）

※申込み期限：平成30年12月7日（金）必着

※申込み先： ①FAXの場合　06-6945-1866

　　　　 ②郵送の場合 〒541-8567 大阪市中央区大手前3丁目1番69号

大阪国際がんセンター　緩和ケアセンター　担当：仲野

　　　　 　　　③メールの場合 nakanoya@opho.jpまで