

鳥取県立厚生病院 事務局経営課 谷川 行

鳥取県立厚生病院緩和ケア研修会受講申込書

下記のとおり受講を申し込みます。

記

- 1 氏 名：
ふりがな
- 2 所 属（病院・施設名）：
- 3 職 種：
- 4 専門科：
- 5 連絡先
 - ・携帯電話：
 - ・E-mail：

申込み期限：令和7年8月8日（金）