

平成29年度 鹿屋医療センター 緩和ケア研修会 見学申込書

(鹿屋医療センター 経営課 深田 宛)

FAX 0994-42-7250

所属 _____ 申込責任者 _____

職	氏 名	9/9	—	—	打合せ	研修会 PM	懇親会
		9/10	打合せ	研修会 AM	昼食	研修会 PM	
		9/9	—	—			
		9/10					
		9/9	—	—			
		9/10					
		9/9	—	—			
		9/10					

※参加又は可否を○×で記入してください。

その他連絡事項