

# 参加申込票

FAX: 0952-28-1250

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館  
がん相談支援センター

記入欄

◆ 団体名

---

◆ 参加者氏名（資格）

<例> 好生 太郎 （薬剤師）

1. ( )

---

2. ( )

---

3. ( )

---

4. ( )

---

5. ( )

---

◆ ご連絡先（電話番号）

( )

※ 申し込みは、8月21日(月)12時までにFAXでお願い致します。

【お問い合わせ】 地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館  
がん相談支援センター TEL 0952-28-1210