

参加申込票

第 14 回がん講演会に参加いたします。

日時：平成 28 年 3 月 16 日（水） 18：30 ～ 19：30

場所：地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 本館 2 階 多目的ホール A・B・C

医療機関または事業所名： _____

*参加者氏名

*資格

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

参加者合計人数： _____ 人

平成 28 年 月 日送信

※返信は 3 月 14 日（火）までに F A X にてお願いいたします。

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 がん相談支援係長

大石 美穂

TEL：0952-28-1210

FAX：0952-28-1250