|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関・施設・事業所名 | 職種 | （ふりがな）氏　　　名メールアドレス(必須・明瞭に御記入ください) |
|  |  | (メールアドレス) |
|  |  | (メールアドレス) |
|  |  | (メールアドレス) |
|  |  | (メールアドレス) |

**広島県西部保健所呉支所　厚生保健課**（呉地域保健対策協議会事務局）

電話　0823-22-5400（内線2413）　FAX　0823-22-5994

裏面の申し込み用紙をFAXでお送りください。

法人名

住　所

担当者

電　話

ＦＡＸ

**在宅緩和ケア研修Ⅰ　参加申込書**

**～ 「患者等とのコミュニケーション，意思決定等」 ～**

令和４年３月１日（火）開催

**申込み〆切　　令和4年２月22日（火）必着**

◆◆送信票をつけず，このまま送信してください◆◆

**申し込み先　広島県西部東保健所　厚生課**

（広島中央地域保健対策協議会事務局）

**FAX　082-422-4161**