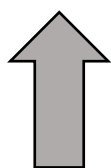


F A X送信方向



F A X : 0 7 6 6 - 2 6 - 2 8 8 2

高岡市民病院：看護部 稲見 年美宛

## 意思決定支援研修申し込み書

所属施設名	
参加者氏名①	
参加者氏名②	
参加者氏名③	

連絡先

TEL :

FAX:

\*参加者の欄が足りない場合は、この用紙をコピーしてご利用下さい。

申込み締切 7月17日(水)