

(送信先)

岡山県備中保健所井笠支所地域保健課

FAX 0865-63-5750

担当 川井 あて

お手数ですが、下記に御記入の上、FAXにてお知らせください。

がん医療の地域連携とクリティカルパスに関する説明会
(がん医療連携推進事業) 申込用紙

施設名 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

職 種	氏 名	10 / 6 (木) (倉敷市)	10 / 25 (火) (笠岡市)	11 / 19 (土) (倉敷市)

※出席する日にちに○を御記入ください。

※提出期限：10月 6日 (木) 開催分 平成23年 9月29日 (木)

10月25日 (火) 開催分 平成23年10月18日 (火)

11月19日 (土) 開催分 平成23年11月11日 (金)