

送信先:FAX(0857)39-0531 (地域医療連携室)
鳥取赤十字病院

参加申込み書

施設名：_____

参加代表者氏名：_____

〒

連絡先 住所：_____

電話番号：(_____) _____

FAX番号：_____

9月11日(金) (がん化学療法看護・摂食嚥下障害看護)

参加者氏名

①

②

③

*感染防止のため、1施設3名までとさせていただきます。

公開講座に関する質問を事前にお聞きしたいと思います。ご自由にお書き下さい。

[_____]

締切日:令和2年9月4日(金)

送信先:FAX(0857)39-0531 (地域医療連携室)
鳥取赤十字病院

参加申込み書

施設名：_____

参加代表者氏名：_____

〒

連絡先 住所：_____

電話番号：(_____) _____

FAX番号：_____

10月22日(木) (認知症看護)
参加者氏名
①
②
③

*感染防止のため、1施設3名までとさせていただきます。

公開講座に関する質問を事前にお聞きしたいと思います。ご自由にお書き下さい。

[_____]

締切日:令和2年10月15日(木)

送信先:FAX(0857)39-0531 (地域医療連携室)
鳥取赤十字病院

参加申込み書

施設名：_____

参加代表者氏名：_____

〒

連絡先 住所：_____

電話番号：(_____) _____

FAX番号：_____

11月27日(金) (緩和ケア・乳がん看護)
参加者氏名
①
②
③

*感染防止のため、1施設3名までとさせていただきます。

公開講座に関する質問を事前にお聞きしたいと思います。ご自由にお書き下さい。

[_____]

締切日:令和2年11月20日(金)