

FAX 099-227-3201

令和3年度 鹿児島県委託事業「医療・ケア意思決定プロセス支援事業」

E-FIELD HOME 研修会 申込み

(申込締切：令和3年12月29日(水))

個人で参加する場合には、各個人ごとに申し込みください。

代表者施設名				
代表者氏名	氏名：	TEL：		
代表者連絡先	E-mail：			
参加形態	(来場参加 ・ オンライン参加)			
<p>オンライン参加の場合は、前日までにZOOM接続テストを行います。 詳細はメールにてご案内します。</p>				
	ふりがな	職種	所属部署・役職 (施設が違う場合は施設名も記入してください)	経験年数
	氏名			
1			部署： 役職：	年 ヶ月
2			部署： 役職：	年 ヶ月
3			部署： 役職：	年 ヶ月
4			部署： 役職：	年 ヶ月
5			部署： 役職：	年 ヶ月
6			部署： 役職：	年 ヶ月

連絡先：社会医療法人博愛会 相良病院

事業本部 上山 電話：099-224-1811 (代表)

誤って受信された場合は、恐れ入りますが上記にご連絡頂けますようお願いいたします。