



第2回東京都緩和医療研究会学術集会

参加登録用紙

ご施設名	(ご所属：)	
参加者代表者名 <small>ふりがな</small>	(職種；)	<input type="checkbox"/> 東京都緩和医療研究会入会予定 <input type="checkbox"/> 研究会 ML 参加希望
連絡先	住所 (電話番号)	
	Mail	
参加者	<small>ふりがな</small> お名前； (職種；)	<input type="checkbox"/> 東京都緩和医療研究会入会予定 <input type="checkbox"/> 研究会 ML 参加希望
	<small>ふりがな</small> お名前； (職種；)	<input type="checkbox"/> 東京都緩和医療研究会入会予定 <input type="checkbox"/> 研究会 ML 参加希望
	<small>ふりがな</small> お名前； (職種；)	<input type="checkbox"/> 東京都緩和医療研究会入会予定 <input type="checkbox"/> 研究会 ML 参加希望
	<small>ふりがな</small> お名前； (職種；)	<input type="checkbox"/> 東京都緩和医療研究会入会予定 <input type="checkbox"/> 研究会 ML 参加希望
	<small>ふりがな</small> お名前； (職種；)	<input type="checkbox"/> 東京都緩和医療研究会入会予定 <input type="checkbox"/> 研究会 ML 参加希望

あてはまる に をお願いします。

連絡先：慶應義塾大学病院 緩和ケアセンター
(ファックスまたはメール添付)

Mail:tkanwa-kenkyukai@umin.ac.jp