

(送信票不要)

佐賀県医療センター好生館 地域医療従事者研修
—好生館栄養サポートチーム(NST)研修会—

参加申込書

平成30年 月 日

佐賀県医療センター好生館
患者・家族総合支援センター 地域医療連携センター あて

FAX 送信先 (0952)28-1269(地域医療連携センター 直通)

| 施設名 | 職種 | 氏名 |
|-----|----|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

締切 平成30年1月29日(月)

個人情報の保護について

この申込書に記載されたお名前など個人情報については
研修会開催の準備、受付名簿として使用するものであり、
他の目的には使用しないことをお約束します