

がん看護研修 参加申し込み用紙

がん患者のリンパ浮腫のケア

研修名	がん患者のリンパ浮腫のケア (2017 年 2 月 23 日木曜日)
ふりがな 氏 名	
施 設・所 属	
看護師経験年数	年 月 日
返信先	E-mail () 勤務先 FAX () 自宅 FAX ()

*この申込用紙を(ひとり1枚)用いて、郵送でお申し込みください。

*定員になり次第締め切らせていただきます。

参加の可否については、折り返しお知らせいたします。2 月 21 日までに返信がない場合は
担当者までご連絡下さい。

【申し込み先】

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部附属病院 がんセンター事務局

*封筒表に「がん看護研修申込」と記載してください。

【問い合わせ先】

研修担当 がん看護専門看護師 坂元敦子

Tel 0422-47-5511 内線 2030 (がん相談支援センター)