

The 2nd Sapporo Conference for Palliative and Supportive Care in Cancer

参加登録申込書

このフォームにご記入のうえ、下記のファックス番号まで送信をお願いいたします。

FAX : 011-823-9552

医療法人東札幌病院

〒003-8585

北海道札幌市白石区東札幌 3 条 3 丁目 7-35

TEL 011-812-2311 (代表)

office@sapporoconference.com

* がついている項目は、必ずご記入ください。

お名前 * 姓 _____ 名 _____

ふりがな * せい _____ めい _____

メールアドレス * _____

所属または勤務先 * _____

※所属がない場合は
「なし」としてください

職種 * 医師 看護師 薬剤師 その他 (_____)

部署 _____

郵便番号 * _____ - _____

都道府県 * _____

ご住所 * 勤務先 自宅 _____

電話番号 * _____ 内線 : _____

ファックス番号 _____

ワークショップ 希望します

お知らせメール配信 希望します

備考 _____
