

申込先: 高知大学医学部学生課がんプロ担当 行 (FAX:088-880-2264)

参加申込書

氏名(ふりがな) ()

所属

職種 医師・歯科医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカー・
ケアマネジャー・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・
その他()

電話番号

FAX番号

メールアドレス @

※上記個人情報については、セミナーの運営以外には使用いたしません。

申込締切: **8月5日(金)**

路面電車 知寄町2丁目電停で下車
徒歩1分です

ちより街
テラス

ナンコク
スーパー

四国
銀行



会場駐車場には、駐車台数に限りがございますので、
可能な限り公共交通機関をご利用ください。

【問合せ・申込み先】 高知大学医学部・病院事務部 学生課がんプロ担当

〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮 TEL:088-880-2799 FAX:088-880-2264 e-mail:ia15@kochi-u.ac.jp