送信先：高知大学医学部・病院事務部　学生課　FAX番号：088-880-2264　E-mailアドレス：ia15@kochi-u.ac.jp

参加申込書

第7回インテンシブコース（在宅がん医療・緩和医療）集中セミナー

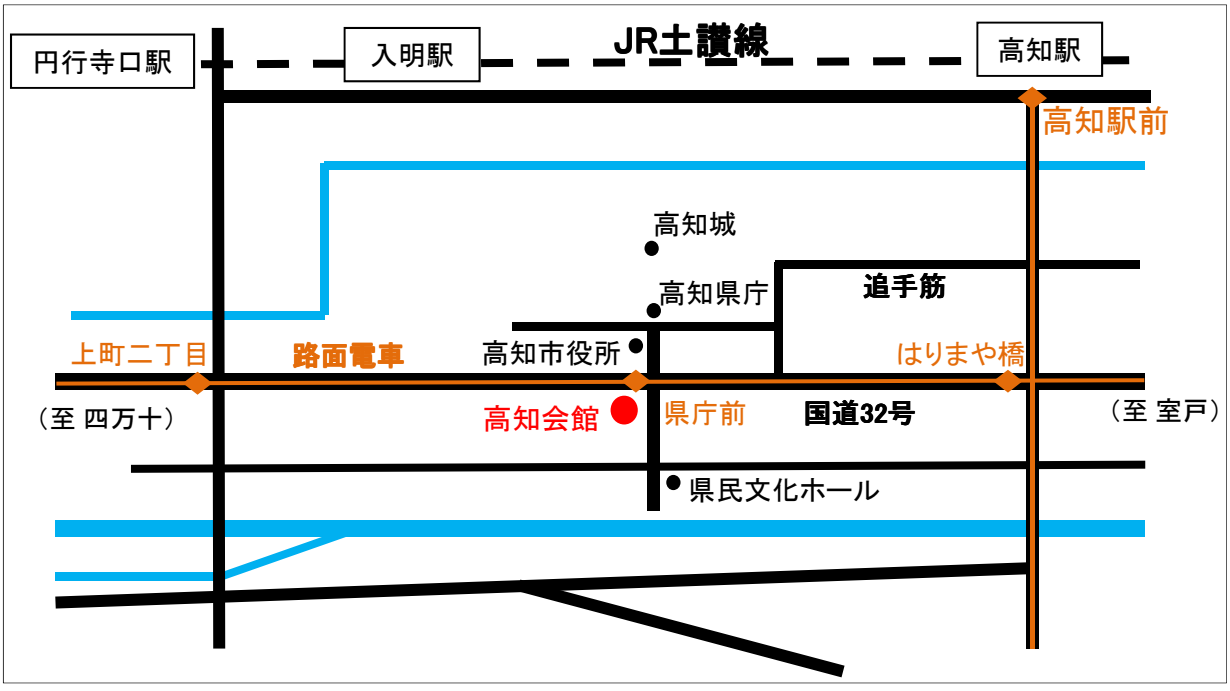
所属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（フリガナ）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

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・ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ・その他（　　）
※〇をしてください

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（携帯番号が望ましいです）

FAX番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mailアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※可能な限りパソコンのアドレスをご記入ください。

お車でお越しの際は、駐車料金の割引（半額）があります。（駐車券をフロントにご提示ください。）高知会館駐車場（80台）が満車の場合は、近隣駐車場をご利用ください。なお、その場合の割引サービスはございませんので、ご了承ください。