別紙

鳥取県立厚生病院　事務局経営課　谷川　行

**鳥取県立厚生病院緩和ケア研修会受講申込書**

　下記のとおり受講を申し込みます。

記

１　：

２　所　属（病院・施設名）：

　３　職　種：

　４　専門科：

　５　連絡先

　　・携帯電話：

　　・E-mail：

申込み期限：令和７年８月８日（金）