地方独立行政法人那覇市立病院主催　**第 11 回リンパ浮腫講習会申込書**

申 込 方 法

参加申込内容を明記のうえ、下記のいずれかの方法でお申し込みください。
① FAX ②E メール（メール申込の際には、下記枠内の項目をご入力の上、送信してください）

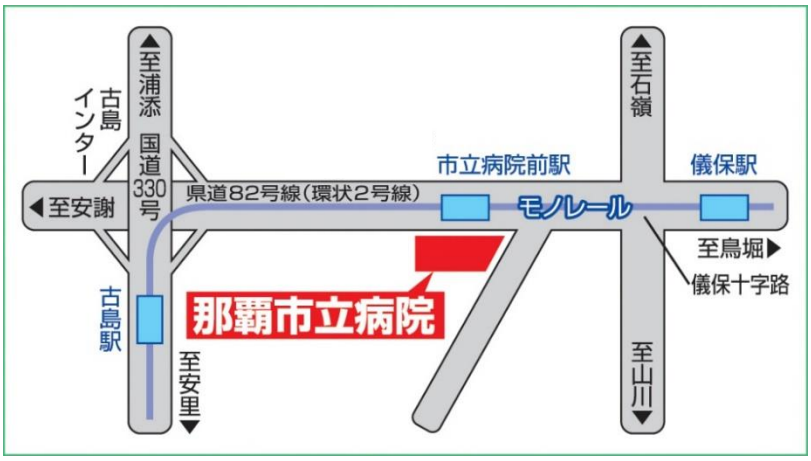
申込締め切り日

令和２年２月７日（金）

※定員に達し次第締め切ります。

申　込　先

那覇市立病院　がん診療連携室
（担当：知念）
住所／那覇市古島 2-31-1
FAX：098-887-3599
E メール：ca-link@nch.naha.okinawa.jp
HP：　http://www.nch.naha.okinawa.jp/



会場／那覇市立病院　３階講堂
※駐車場はスペースに限りがありますので公共交通機関をご利用くださいますようお願いいたします。

お名前	ふりがな		
連絡先			
所属施設 ※従事者のみ		職種 ※従事者のみ	医師・看護師・PT・OT・LT その他（　　）
申込区分	□午前/午後の両方　□午前のみ　□午後のみ ☑をご記入ください。		