

送信先 : 横浜栄共済病院 がん相談支援課宛

FAX番号 : **045-895-8394**

YSK Team Oncology Study  
**がん看護学習会 参加申込書**

|               |  |
|---------------|--|
| 参加希望回         | <input type="checkbox"/> 第4回 2月9日 (金)<br><input type="checkbox"/> 第5回 3月8日 (金) |
| 参加者氏名<br>(職種) | ① ( )  |
|               | ② ( )  |
|               | ③ ( )  |
|               | ④ ( )  |
|               | ⑤ ( )  |
| 医療機関名<br>施設名  |  |
| 電話番号          | — —  |
| E-mail        |  |

参加申込み締切り

第4回 : 2月2日 (金)

第5回 : 3月1日 (金)