

# 参加申し込み用紙

2019年 月 日

送付先:北海道保健福祉部健康安全局地域保健課がん対策グループ

北山 宛

FAX: 011-232-2013

令和元年度(2019年度)北海道リンパ浮腫医療従事者研修の参加を希望します。

◆本研修会の受講歴について、該当する方に○をつけて下さい。

\*過去の研修会受講: なし      あり (      年、会場      )

◆ご希望の研修部分の(      )内に○をつけて下さい。

- (      ) 2019年 7月15日(月、祝)      講義
- (      ) 2019年 9月 7日(土)      実習(上肢)
- (      ) 2019年 9月 8日(日)      実習(下肢)
- (      ) 2019年10月14日(月、祝)      見直し実習(上下肢)

ふりがな		所 属	
ご芳名		部 署	
職 種		連絡先	
住 所			
メールアドレス			