鹿児島医療センター　地域緩和ケア連携研修会

**（7月13日分）申込**

**FAX：0120-334-476（がん相談支援センター宛）**

* **7月2日までにFAXをお願いします。**

**御施設名：**

**御名前：　①**

**②**

**③**

**④**

**⑤**