鹿児島医療センター　地域緩和ケア連携研修会

**（9月27日分）申込**

**FAX：0120-334-476（がん相談支援センター宛）**

**御施設名：**

**御名前：　①**

**②**

**③**

**④**

**⑤**

**9月20日までにお申し込み下さいますよう宜しくお願い致します。**