第8回　神戸大学医学部附属病院／国際がん・医療研究センター
地域連携セミナー　参加申込書

貴病院名：

ご担当者：

T E L　：

F A X　：

参加者

	氏　名	職　種　及び　役　職		第一部	第二部
1		職種	医師・看護師・MSW等・事務その他	出　・　欠	出　・　欠
		役職			
2		職種	医師・看護師・MSW等・事務その他	出　・　欠	出　・　欠
		役職			
3		職種	医師・看護師・MSW等・事務その他	出　・　欠	出　・　欠
		役職			
4		職種	医師・看護師・MSW等・事務その他	出　・　欠	出　・　欠
		役職			
5		職種	医師・看護師・MSW等・事務その他	出　・　欠	出　・　欠
		役職			

※1.該当する職種を〇で囲んでください　　※2.出欠：いずれかを〇で囲んでください

参加ご希望の際は、必要事項をご記載のうえ、

２０２４年１０月１８日（金）迄に、ＦＡＸにてお送りください。

送信先FAX：０７８－３８２－６７１０

病院へのアクセス

電車をご利用の方

神戸市営地下鉄「大倉山」駅下車 徒歩約5分

JR「神戸」駅下車 徒歩約15分

神戸高速鉄道「高速神戸」駅下車 徒歩約15分

バスをご利用の方

JR神戸駅前より神戸市バス 110系統もしくは112系統に乗車 約5分「大学病院前」バス停下車

タクシーをご利用の方

JR神戸駅前より約5分

JR新神戸駅前より約10分

お問い合わせ・送付先

〒650-0017　神戸市中央区楠町７丁目5-2

神戸大学医学部附属病院　患者支援センター　地域連携セミナー事務局

TEL：０７８－３８２－５５２２　FAX：０７８－３８２－６７１０