

ワークショップ  
ベットサイドでのコミュニケーション支援  
参加申込書

氏名 :

---

住所 :

---

連絡先 :

---

団体名 :

---

ご参加される方の役職

- ・患者、家族
- ・医師
- ・看護師
- ・OT, ST等
- ・訪問看護師
- ・ヘルパー
- ・福祉ボランティア
- ・その他 ( )

---

ご参加希望の方は 平成 25 年 8 月 31 日 (土) までに申し込み下さい。

※参加申込期日厳守でお願い致します。

申込・問い合わせ先 : 佐賀県難病相談支援センター  
佐賀市神野東 2 丁目 6-10 佐賀県駅北館 2F  
TEL : 0952-97-9632  
FAX : 0952-97-9634