

市立函館保健所
保健予防課 感染症・難病担当 行
F A X 3 2 - 1 5 2 6

令和7年度 函館市難病事例検討会（学習会） 参加申込書

勤務先・所属機関 _____

TEL _____

Mail _____

	ふりがな 氏名	職種
1 (参加代表者)		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）
2		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）
3		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）
4		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）
5		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）

ALS患者の意思決定に関する事前質問がありましたらご記入ください。

10月15日（水）までにFAXでお申し込みください。