

ACP（人生会議）出前講座希望確認書

資料3（連携室）

様式1；医療連携室用

【基本情報】※必ずご記入ください。

医療機関名			住所	〒 東広島市
担当	担当者名		TEL	
	所属		FAX	

【希望内容】※希望日時は、第3希望までご記入ください。

希望日時	第1希望	2019年 月 日（ ）	:	~	:
	第2希望	2019年 月 日（ ）	:	~	:
	第3希望	2019年 月 日（ ）	:	~	:
開催場所					
目的					
対象者					
参加予定数					

【補足事項】※補足事項・希望があれば、ご記入ください。

--

【ACP（人生会議）出前講座 開催日時決定手順】

※1 「ACP（人生会議）出前講座希望確認書」（様式1；医療連携室用）を、  
FAXで東広島地区医師会地域連携室あざれあに送付してください。

※2 ご希望を東広島地区医師会地域連携室あざれあが確認し、講師と日程を調整  
した上でご担当者にご連絡します。

FAX番号：082-493-7361（送信票不要）

東広島地区医師会 地域連携室あざれあ  
（担当；三上 玉井）

TEL (082) 493-7360

FAX (082) 493-7361

