

ACP（人生会議）出前講座希望確認書

（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。（土・日・祝は対応困難）

希望日時	第1希望	年	月	日	()	:	~	:
	第2希望	年	月	日	()	:	~	:
	第3希望	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」（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）

TEL (082) 493-7360

FAX (082) 493-7361

