

会場参加用

※ 協会記入欄

受付日	F/M	受付氏名



日本病院ボランティア協会 宛

FAX:06-6809-6506

「ホスピス・緩和ケアボランティア研修会」申込書

2026年 月 日

所属 (病院名など)

部署名	名前(必須)
-----	--------

連絡担当者

連絡先: 電話/FAX(必須)

※(各該当欄に○印を記入して下さい)

	参加者氏名	日本ホスピス緩和ケア研究振興財団 会員		日本病院ボランティア協会 会員		左記以外
		病院職員	一般	病院職員	V	一般
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

締切日 2026年7月15日(水)



ワンノットブイビル5階  
三宮コンベンションセンター

- ◎神戸市営地下鉄西神・山手線「三宮」駅下車
- ◎ JR「三ノ宮」駅下車
- ◎阪急「神戸三宮」駅下車
- ◎阪神「神戸三宮」駅下車
- いずれも 徒歩8分。
- ◎神戸市営地下鉄海岸線  
「三宮・花時計前」駅下車 徒歩5分。
- ◎ポートライナー「貿易センター」駅下車  
徒歩2分。

当日の緊急連絡先：090-8237-0417 (宇野利美)

090-3927-5841 (福田)