

申込日 令和5年 月 日

静岡市立静岡病院 第19回 緩和ケア研修会参加申込書

(申込み先) 静岡市立静岡病院 総務課 宛て
FAX: 054-253-3155

(申込み期限) **令和5年9月15日(金)まで**

フリガナ		年齢	性別
氏名			男 女
所属する医療機関名	病院 医院 クリニック 診療所 科		
医籍番号	(H・R 年 月 日取得)		
職種	※医師以外の方は、職種をご記入ください。 経験年数 年		
フリガナ			
自宅住所	〒 都道 府県		
TEL			
Eメール			

※FAXにてお申込みください。

※**令和5年9月22日(金)までに、e-learningの修了証書を静岡病院総務課あてご提出ください。**

※定員に達し次第、締め切りとなります。