

申込日 年 月 日

## 静岡市立静岡病院 緩和ケアフォローアップ研修会参加申込書

(申し込み先) 静岡市立静岡病院 総務課 総務・企画係  
〒420-8630 静岡県静岡市葵区追手町10番93号 TEL : 054-253-3125  
**FAX 054-253-3155**

(申し込み期限) 令和5年1月11日(水)まで

下記の必要事項を記入して、上記申し込み先までFAXでお申し込みください。

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
職種	(臨床経験年数 年)		
フリガナ			
連絡先住所	〒 都道 府県		
TEL			

※定員になり次第、締め切りとなります。