

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4年2月18日(金)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)
緩和ケア研修会 受講病院		(都道府県)
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。

