

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8年2月27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	
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			
連絡先住所	〒 都道 府県		
TEL			
Eメール			

※定員になり次第、締め切りとなります。