

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 | | |
| T E L | | | |
| E メ ー ル | | | |

※定員になり次第、締め切りとなります。