

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・広報係

〒420-8630 静岡県静岡市葵区追手町10番93号 TEL : 054-253-3125

F A X : 0 5 4 - 2 5 3 - 3 1 5 5

(申し込み期限) **令和2年1月31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	
T E L			

※定員になり次第、締め切りとなります。