

申込日 年 月 日

## 静岡市立静岡病院 第3回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 林宛

〒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**

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			
自宅住所	〒 都道 府県		
TEL			
Eメール			