

申込日 H 29 年 月 日

静岡市立静岡病院 第13回がん緩和ケア研修会参加申込書

(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
医籍番号	(S・H 年 月 日取得)		
職種	医師以外の方は、職種をご記入ください。		
フリガナ			
自宅住所	〒	都道 府県	
TEL			
Eメール			

申込期間：平成29年6月19日～平成29年6月23日※定員になり次第、締め切りとなります。