福井県立病院病院緩和ケア病棟　研修申込用紙

申込日　　年　　月　　日

フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　）歳　男 ・ 女	
住所	〒　　－	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
所属	勤務先	
	職種・職位	医師・看護師
	所属	

研修希望日時	1日 ・ 2日	研修希望者数	名（2名まで）
第一希望	年　月　日（　曜日）	時間	：　～　：
第二希望	年　月　日（　曜日）	時間	：　～　：
第三希望	年　月　日（　曜日）	時間	：　～　：

研修動機	
研修目的	
その他ご要望など	

食事（昼食）は各自でご準備ください。院内にレストランがあります。

※　上記に記入漏れがないことをご確認の上、郵送またはFAXにてお申込ください。
後日、当院担当者より必要な提出書類等の説明も含めご連絡させていただきます。

〒９１０-８５２６　福井県福井市四ツ井2丁目８－１
TEL：0776-54-5151（内線１６００）緩和ケア研修担当 まで
FAX：0776-57-2945