

送付先:静岡県中部保健所 地域医療課あて
FAX:054-644-4471
(送付票は不要です)

本書をFAXするか又は申込書1~13の内容を
E-mailにて以下までお送りください。
kfchuubu-iryuu@pref.shizuoka.lg.jp

静岡県中部地域の病院見学ツアー及び情報交換会 参加申込書

1 ふりがな	
2 氏名	

3 性別
男・女

4 希望コース	
第1希望	第2希望

※ 希望コースは、以下の中からお選びください。

コース1:市立島田市民病院、焼津市立総合病院、静岡市立静岡病院
コース2:藤枝市立総合病院、静岡済生会総合病院、静岡赤十字病院
コース3:静岡市立清水病院、静岡厚生病院、静岡県立総合病院

5 勤務先名称、所属、職名 又は 学校名称、学部・学科、学年	
--------------------------------------	--

6 電話番号	
--------	--

7 E-mailアドレス	
--------------	--

※ 問合せ等の連絡はメールにて行いますので、連絡がとりやすいアドレスを御記入ください。

8 住所	〒
------	---

9 郵便物送付先 (住所と送付先が異なる場合のみ御記入ください)	〒
-------------------------------------	---

10 出身都道府県	都・道・府・県
-----------	---------

11 静岡県医学修学研修資金 貸与の有無	有 ・ 無
-------------------------	-------

12 見学を希望する院内施設 及び得たい情報	
---------------------------	--

13 その他 (希望等がありましたら御記入 ください)	
-----------------------------------	--