

FAX番号 055-989-5557

申込締切：7月1日（金）

## 静岡県がんのリハビリテーション研修会 申込書

勤務先名：\_\_\_\_\_

勤務先住所：(〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

勤務先TEL：\_\_\_\_\_

(ふりがな) 氏名	職種 (該当するものに○をつけてください)	臨床経験 (内がんのリハビリテーション経験年数)
	Dr・Ns・PT・OT・ST・ MSW・その他( )	年( )年
	Dr・Ns・PT・OT・ST・ MSW・その他( )	年( )年
	Dr・Ns・PT・OT・ST・ MSW・その他( )	年( )年
	Dr・Ns・PT・OT・ST・ MSW・その他( )	年( )年
	Dr・Ns・PT・OT・ST・ MSW・その他( )	年( )年

講師への質問等があれば御記入ください。

お問合せ 静岡県立静岡がんセンター疾病管理センター  
(担当：日吉) TEL 055-989-5222 (内線2118)