

参加申込用紙

FAX:055-989-5551

E-mail: h.nimura@scchr.jp

静岡県立静岡がんセンター消化器内科
秘書 二村華子 宛

ふりがな	
御芳名	
施設名	
現在の所属科 (希望レジデント科)	(消内/呼内/女内/血内/原発不明/認定医コース/未定)
施設御住所	〒
E-mail	@
TEL	— —
FAX	— —
卒年	平成 年
交通手段	鉄道 航空機 自家用車 その他
宿泊希望	あり なし 未定
懇親会参加希望	あり なし 未定

当院規定により医師免許のコピーを御提出いただきますのでご了承ください。また、交通費、宿泊費補助制度がございますので御希望の方はお問い合わせください。