

平塚共済病院 緩和ケア病棟 実習申込書



下記必要事項をご記入いただき、FAXにてお申込みください。
申込書受領後、担当者よりご連絡いたします。

【FAX番号】 0463-36-7899

ふりがな			
実習希望者氏名			
職 種		緩和医療経験	年
医師のみ記入 診療科		医師のみ記入 臨床経験	年
勤務先施設名			
勤務先住所	〒 — —		
勤務先電話番号 〈連絡時に使用します〉	— —		

