

長野県立こども病院
小児・周産期薬物療法研修申込書

申込日

年 月 日

下記のとおり、長野県立こども病院の小児・周産期薬物療法研修への参加を申し込みます。

※太枠内に記入してください。

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	
現住所	〒	
帰省先	〒	
電話番号	自宅・携帯 () -	選択希望コース (希望コースに○)
Eメール アドレス		小児薬物療法 : B C D 周産期薬物療法 : E (1日コース:1コマ, 2日コース:3コマ)
実施病院 及び 実施日	実施病院 長野県立こども病院 実施日程 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
所属医療 施設名		

(写真添付欄)

縦4cm×横3cm

- ・ 申込日前3か月以内に撮影したもの
- ・ 正面、上半身、脱帽、無背景で本人であることが識別できるもの

※この用紙に記載された個人情報は、「小児・周産期薬物療法研修誓約書」の利用目的の範囲内でのみ利用します。