令和４年度　第６回スキルアップセミナー参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 年　次(研修医の場合) | 氏　　名 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※オンライン（Ｚｏｏｍ）で参加をご希望の場合はメールアドレスのご記入ください。

高岡市民病院　メールアドレス

hospitaljim@city.takaoka.lg.jp

担当　総務課　田中