

令和 8 年 度

第 1 回 **がん医療従事者研修会**

◆◆◆ 参加申込票 ◆◆◆

参加をご希望される方は、お手数ですが 令和 8 年 5 月 11 日 (月) までに、下記の送付先にメール又は FAX でお送り下さい。

申込日：令和 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
職 種	<input type="checkbox"/> 医 師 <input type="checkbox"/> 医籍番号( ) <input type="checkbox"/> 医師会に所属している(医師会名 ) <input type="checkbox"/> 医師会に所属していない <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他( )
施 設 名	
連絡先 TEL	( ) —
メールアドレス	@

※当該個人情報、本会の活動目的以外には、ご本人の承諾なしに使用することはありません。

お問合せ

**県立広島病院 がん診療推進運営委員会**

〒734-8530 広島市南区宇品神田一丁目 5 番 54 号

総務課 管理 G 担当/岡本 ☎082-254-1818 (代) 内線 4271

メ-ル hphsoumu@hpho.jp

**FAX**

**082-253-8274**