

平成24年度 がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会
徳島会場個別開催

参加申込書

ふりかな				年齢	歳	
漢字				性別		
生年月日	※修了証に記載しますのでご記入下さい。					
施設名				都道府県がん診療拠点病院のとき○→		
				地域がん診療拠点病院のとき○→		
所属科						
専門臓器				主な治療法		
受講資格	臨床経験年数		年	がん臨床経験年数		年
	免許取得年			年		
連絡先 (郵便物)	郵便番号				郵便番号はハイフンを入れた7桁、電話番号FAXは市外局番からご記入ください。住所は郵送先となります	
	都道府県			市町村番地		
	電話					
	FAX					
	メール					
<志望動機>						
参加申込書に係る個人情報は、本研修会関連以外には利用いたしません。						
申込先 下記あてにメール添付もしくはFAXにてお申し込み下さい						
メール	ganpro@tokushima-u.ac.jp					
住所	〒770-8503 徳島市蔵本町3丁目18-15 徳島大学 医歯薬事務部学務課 大学院係(がんプロ担当)					
(電話)	Phone 088-633-9649 (内線 9648) FAX 088-633-9431					