

平成 29 年度 がん患者のQOL向上を目指した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

ふりがな			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				
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。					
送信先 下記あてにメール添付下さい					
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 蔵本事務部医学部学務課 第一教務係(がんプロ担当)				
(電話)	Phone 088-633-9649 (内線 9648) FAX 088-633-9431				

送信先

下記あてにFAXで御送り下さい

**FAX 088-633-9431**

※なお、メールでのお申し込みをご希望される場合は、添付ファイルにて申込書をお送りいたしますので、ganpro@tokushima-u.ac.jpまでお問い合わせください。