

平成25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

ふりがな 漢字		年齢	歳	
		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、本研修会関連以外には利用いたしません。				
連絡先				
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			
メール	ganpro@tokushima-u.ac.jp			

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。