

令和5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5年7月10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 管理係 担当/石岡 ☎082-254-1818 (代) 内線 4271

メ-ル hphsoumu@pref.hiroshima.lg.jp

FAX

082-253-8274