がん医療従事者研修会

令和５年度

参加申込票

第５回

参加をご希望される方は、お手数ですが　**令和６年３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

|  |  |
| --- | --- |
| ①医籍登録番号  ※医師のみ |  |
| ②広島県医師会  ※医師のみ | □会員  □非会員 |
| ➂氏名 |  |
| ④フリガナ |  |
| ⑤医療機関名 |  |
| ⑥地区医師会名※医師のみ |  |
| ⑦性　　　　別 | □男  □女 |
| ⑧職　　　　種 | □医　師  □医師以外 |
| ⑨連絡先TEL | ―  （　　　　） |
| ⑩メールアドレス | ＠  ※当該個人情報は、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。 |

**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

ﾒｰﾙ　hphsoumu@pref.hiroshima.lg.jp

お問合せ

082-253-8274

FAX