

# 申込用紙

奈良県立医科大学附属病院 院内がん登録分科会事務局 行

E-mail : gantouroku@naramed-u.ac.jp

(FAX : 0744-29-8815)

## 1. 出席者

【所属機関名 : \_\_\_\_\_】

氏 名	職名	がん登録経験年数	職種

## 2. がん登録研修会における連絡先

【所属部署名 : \_\_\_\_\_】

氏 名	職 名	電話・FAX・メール
		住所  電話  FAX  メール

3. 貴院で実施されている、もしくはこれから始められるがん登録の項目について  
お聞かせください。

どちらかに○をお願いします。( 院内 ・ 全国 (地域) ) がん登録項目

**※申込締め切り：平成28年2月5日(金)必着**