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

（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。

どちらかに〇をお願いします。（　院内　・　全国（地域））がん登録項目

※申込締め切り：平成２８年８月３１日（水）必着