別紙

|  |
| --- |
| 〈送付先〉　奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課 がん対策係 行（ＦＡＸ：０７４２－２７－８２６２） |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 連絡先電話番号（内線） |  |
| 担当者（申込代表者） |  |
| メールアドレス（研修会参加用のＵＲＬ送付先） |  |

令和６年度　がん登録担当者研修会申込書

出席者についてご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | 所属部署 | がん登録経験年数 | 職種※ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※職種（医師・看護師・診療情報管理士・医療事務補助・事務職・その他の職種 のいずれかの職種を

記載してください。）

【講義のテーマに関する内容についてご質問がありましたらご記入ください。】

（時間の都合上、質問にお答えできない場合もありますので、ご了承ください。）

**１月３１日(金)まで**にＦＡＸでご回答をお願いします。