

〈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)

令和6年度 がん登録担当者研修会申込書

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）	

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。