令和5年度　がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会

参　加　申　込　書

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和　　年　　月　　日		
年齢	歳	性別	□ 男　　□ 女

施設名			
所属			
専門臓器			主なものから3つ記入 ex）乳腺、大腸、胃
主要な治療法			ex）手術、化学療法、放射線など
連絡先	郵便番号	－	郵便番号はハイフンを入れた7桁を記入
	住所	都道府県	郵便物送付先を記入
	電　話		市外局番から記入
	FAX		市外局番から記入
	メールアドレス		必須 （各種連絡に使用）

略歴		
医師免許取得年	昭和 平成　　年　　月	本研修会の受講者は、卒後4年以上の方が対象です。
臨床経験年数	年　　ヶ月	
がん臨床経験年数	年　　ヶ月	

応募動機	
この研修会を何で知りましたか？ （具体的にお願いします。）	
参加申込書に係る個人情報は、本研修会関連以外には利用いたしません。	

送付先　下記あてにメール、またはFAXにてお申し込み下さい。	
メール	**center21@kanazawa-med.ac.jp**
ＦＡＸ	**076-286-2372**
問合先（TEL）	**076-286-3511（内線25068）**
申込み期限　：　令和5年12月15日（金）	