

第10回名古屋医療センター
放射線療法・化学療法の推進に関する研修会参加申込書
(FAX送信票)

年 月 日

| | | |
|---|-------------------------|--------------------|
| 1 | 施設名 | |
| 2 | 職種 | 医師 ・ その他 () |
| 3 | 診療科又は所属部署 | |
| 4 | ふりがな 受講者氏名 | |
| 5 | 生年月日 (性別) | 昭和・平成 年 月 日生 (男・女) |
| 6 | 臨床経験 | 年 |
| 7 | 化学療法経験 | 年 |
| 8 | 放射線療法経験 | 年 |
| 9 | 今回の研修で学びたい こと、期待すること | |

【申込先】

独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター
放射線療法・化学療法の推進に関する研修会事務局 (事務部管理課) 水谷

FAX : (052) 951-0664

【締めきり】

2023年10月10日 (火) 17:00