

①岡山県がん登録研修会参加申込書（※7月25日用）

岡山県がん診療連携拠点病院 事務局
がん登録研修会 担当者 行

病院名 _____

申込代表者 _____

連絡先： TEL _____

FAX _____

E-mail _____

職 種	ふりがな 氏 名	備考	駐車サービス券の有無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

こちらの申込書は事務局までFAXにて返信してください。（申込み期限：6月30日迄）

【申込みFAX番号】 086-235-7814