

別紙 申込用紙

必要事項を記載の上、静岡がんセンター疾病管理センターまで FAX で
お申込み下さい。FAX 055-989-5713

相談員ワークショップ参加申込用紙

受講希望者	ふりがな () 氏名
所属機関	機関名 部署名 住所：〒 TEL FAX E-Mail
属性	<input type="checkbox"/> 県内拠点 <input type="checkbox"/> 県内推進・相談支援センター・小児拠点 <input type="checkbox"/> 県内一般病院 <input type="checkbox"/> 県外拠点 <input type="checkbox"/> 地域がん診療病院 <input type="checkbox"/> 特定領域拠点 <input type="checkbox"/> 小児がん拠点
職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> その他 () 相談業務における経験年数 年
参加回数	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 複数回 (回目)

9月18日(金) 12時までにお申し込みください