

## ②第9回岡山県院内がん登録実務者研修会参加申込書（※7月31日用）

※今回の研修会は1日参加可能な方のみ受講出来ます。

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： 部署名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

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

### 【ご意見・ご質問】

意見交換の時間を設けました。

登録業務に関するご質問・ご意見を事前にお寄せください。

時間の都合上すべての質問にお答えできないこともありますのでご了承ください。

こちらの申込書・アンケートは事務局までFAXにて返信してください。（申込み期限：6月30日迄）  
7月15日までに受講決定書を郵送致します。

**【申込みFAX番号】 086-235-7613**