

▲

<h1 style="margin: 0;">FAX 052-744-2521</h1>
--

東海がんプロフェSSIONAL養成基盤推進プラン

東海オンコロジー応用セミナーvol.2 参加申込用紙

(FAX受信済の連絡はいたしません。定員超えで参加不可の場合は連絡いたします。)

締切 11月8日(金) ※ 先着順・当日受付不可

ふりがな	
氏名	
施設名	
所属	
職名 (□にチェックを入れる)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> その他()
PCメールアドレス	
当セミナーの受講	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2回目以降
<u>初めて受講される方のみ</u> インテンシブコース 受講大学 (□にチェックを入れる)	<input type="checkbox"/> 名古屋大学 <input type="checkbox"/> 浜松医科大学 <input type="checkbox"/> 岐阜大学 <input type="checkbox"/> 名城大学 <input type="checkbox"/> 藤田保健衛生大学 <input type="checkbox"/> 名古屋市立大学 <input type="checkbox"/> 愛知医科大学
その他	

※受講大学の選択について

本セミナーは各大学が実施するインテンシブコースの一環として行われており、修了条件を満たした受講生は、あらかじめ選択した大学に申請することにより修了証が発行されます。

※受講申込書に記載された氏名、PC アドレス等の個人情報は、本セミナーの運営のみに使用致します。

お問い合わせ先

お問い合わせは FAX またはメールにてお願いいたします。

名古屋大学医学部・医学系研究科 がんプロフェSSIONAL養成基盤推進プラン事務局

FAX : 052-744-2521

Mail : tokai.ganpro@gmail.com