

# 第13回 岡山県院内がん登録実務者研修会参加申込書

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：氏名

連絡先：TEL

FAX

E-mail

※印の項目については、当日の講義の内容充実のため、差し支えなければご回答下さい。

1	(ふりがな) ( ) 氏名	職 種	駐車券：要 不要
	※ 院内がん登録実務者認定：認定なし ※ 実務について：がん登録の経験なし	初級認定者 院内がん登録担当 ( 年)	中級認定者 地域・全国がん登録担当 ( 年)
2	(ふりがな) ( ) 氏名	職 種	駐車券：要 不要
	※ 院内がん登録実務者認定：認定なし ※ 実務について：がん登録の経験なし	初級認定者 院内がん登録担当 ( 年)	中級認定者 地域・全国がん登録担当 ( 年)
3	(ふりがな) ( ) 氏名	職 種	駐車券：要 不要
	※ 院内がん登録実務者認定：認定なし ※ 実務について：がん登録の経験なし	初級認定者 院内がん登録担当 ( 年)	中級認定者 地域・全国がん登録担当 ( 年)
4	(ふりがな) ( ) 氏名	職 種	駐車券：要 不要
	※ 院内がん登録実務者認定：認定なし ※ 実務について：がん登録の経験なし	初級認定者 院内がん登録担当 ( 年)	中級認定者 地域・全国がん登録担当 ( 年)
5	(ふりがな) ( ) 氏名	職 種	駐車券：要 不要
	※ 院内がん登録実務者認定：認定なし ※ 実務について：がん登録の経験なし	初級認定者 院内がん登録担当 ( 年)	中級認定者 地域・全国がん登録担当 ( 年)

【ご意見・ご質問】 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。あらかじめご了承ください。

※ 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29日迄)

**【申込みFAX番号】 086-235-7613**