**平成29年度 泉州二次医療圏がん登録実務者研修会**

**参加申込書**

市立岸和田市民病院　医療マネジメント課　大礒、福本、井上　宛

電子メール：mis3@kishiwada-hospital.com

ＦＡＸ番号：072-441-8820

平成２９年度 泉州二次医療圏がん登録実務者研修会

日　時　 平成２9年6月２２日（木）１６時００分～１８時００分

（受付:15時30分～）

会　場　 市立岸和田市民病院　３階講堂（岸和田市額原町１００１番地）

１．参加予定者

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 部　署 | 職 名 または 職 種 |
|  |  |  |
|  |  |  |

２．連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 所　属 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

【通信欄】

**※ 締 切　　平成２９年６月１６日（金）必着**