

<参加申込書>

2023 年度 島根県がん診療連携拠点病院 がん看護研修
第 2 回 がん薬物看護研修

氏名 _____

年齢 _____ 歳

施設名 _____

メールアドレス _____

(資料送付の関係上、携帯電話のアドレス以外でお願いします)

部署該当するものに○をつけてください

・ 外科系病棟 ・ 内科系病棟 ・ 外来化学療法室 ・ 外来 ・ その他 (_____)

臨床経験年数: _____ 年

連絡先 (書類送付等のため必要となります)

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____ (携帯電話等、当日連絡がとれる番号をお願いします)

申込み締め切り: 2023 年 9 月 24 日 (日) 17 時

FAX 送付先: 0853-88-3044

(島根大学医学部 医療サービス課 今岡妙子)

問い合わせ先: 島根大学医学部附属病院 緩和ケアセンター 藤井愛子

E-Mail aiko.f@med.shimane-u.ac.jp

TEL(直通) 0853-20-2441

※申し込み後、当日の URL を 10 月初旬に登録いただいたメールに送ります。

※開催当日までに Zoom の接続テストを行いますので、ご希望の方はご参加ください。

※欠席の場合は、必ず事前にご連絡ください

※本申込書に記載して頂いた個人情報につきましては、本研修受講にかかる手続き等を行う目的で利用するものであり、この目的以外に使用することはありません