送 信 先

市立長浜病院 がん対策推進室

FAX：0749-65-2730 / ﾒｰﾙ：chiikigan@nagahama-hp.jp

2019年度 滋賀県がん診療連携 医療従事者研修

湖東・湖北圏域 がん看護研修＜基礎編＞ 参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名 |  |
| 申込代表者名 |  | 申込代表者の所属部署 |  |
| 電話番号 |  | FAXまたはﾒｰﾙ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 6回全て受講希望の方は | 単回申込記入欄：受講される講義に○印をつけてください |
| 一括申込に○↓ | ※単回申込締切は各回開催の8日前まで ※一括の方は記入不要 |
|  | 一括申込 | 第1回 | 第2回 | 第3回 | 第4回 | 第5回 | 第6回 |
| 受講者氏名 | 6/15 | 6/29 | 7/13 | 7/27 | 8/24 | 9/14 |
|  | 市立長浜会場 | 彦根市立会場 | 市立長浜会場 | 彦根市立会場 | 市立長浜会場 | 彦根市立会場 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

■主 催：市立長浜病院／彦根市立病院

**一括申込締切：6月3日(月) 単回申込締切：各回開催の**

**８日前まで**

■共 催：滋賀県がん診療連携協議会 研修推進部会