**FAX：0985-85-9709**

　送信日　令和　　年　　月　　日

**宮崎大学附属病院**

**宮崎県がん診療連携協議会　事務担当　行**

**申込締切　令和3年１月4日（月）**

**第６回宮崎県がん診療連携協議会 ５専門部会合同研修会**

**ハイブリッド方式開催　参加申込書**

◎日　　時：令和３年１月１６日（土）　　13時00分～14時00分

◎参加方法：現地またはWeb

現地会場：宮崎大学医学部 臨床講義室２０５教室

　　Web参加： Cisco Webexを使用(web参加の方には後日案内をお送りします)

**医療機関名：**

**電話番号：　　　　　　　　　　　　FAX番号：**

**メールアドレス(代表)：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **メールアドレス** | **参加方法** |
|  |  | 会 場・WEB  |
|  |  | 会 場・WEB |
|  |  | 会 場・WEB |
|  |  | 会 場・WEB |
|  |  | 会 場・WEB |

上記申込書を**FAX送信**いただくか、下記方法により申込をお願いいたしす。

**◎《WEBサイト》**（宮崎大学医学部附属病院➡宮崎県がん診療連携協議会）

**◎《****mail》 gankyoten\_hospital@med.miyazaki-u.ac.jp**

（医療機関名・電話番号・FAX番号・氏名（ふりがな）・参加方法を記載）

**◎ポスター内のQRコード**

お問い合わせ先：

宮崎大学医学部附属病院医療支援課がんセンター事務 TEL：0985-85-9758