

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6年1月4日(木)

第9回宮崎県がん診療連携協議会 5専門部会合同研修会
参加申込書

◎日 時：令和6年1月13日(土) 13時00分～15時00分
◎会 場：宮崎大学医学部 臨床講義室105教室

医療機関名：

電話番号：

FAX番号：

メールアドレス(代表)：

ふりがな 氏名	メールアドレス	参加方法
		<input type="checkbox"/> 現地 <input type="checkbox"/> WEB
		<input type="checkbox"/> 現地 <input type="checkbox"/> WEB
		<input type="checkbox"/> 現地 <input type="checkbox"/> WEB
		<input type="checkbox"/> 現地 <input type="checkbox"/> WEB
		<input type="checkbox"/> 現地 <input type="checkbox"/> 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ます。

◎《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