

## 参加申し込み用紙

**FAX 番号 03－3964－9342**

参加ご希望の方はこちらの用紙に必要事項を  
ご記入の上 FAX にてお申し込みください。

|                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| ご施設名                |                               |
| 地区                  | 板橋区・北区・練馬区・豊島区・蕨市・戸田市<br>他（ ） |
| 職種                  | 医師・看護師・薬剤師・他（ ）               |
| お名前                 |                               |
| ご連絡先（電話番号or E-mail） |                               |
| ご施設名                |                               |
| 地区                  | 板橋区・北区・練馬区・豊島区・蕨市・戸田市<br>他（ ） |
| 職種                  | 医師・看護師・薬剤師・他（ ）               |
| お名前                 |                               |
| ご連絡先（電話番号or E-mail） |                               |
| ご施設名                |                               |
| 地区                  | 板橋区・北区・練馬区・豊島区・蕨市・戸田市<br>他（ ） |
| 職種                  | 医師・看護師・薬剤師・他（ ）               |
| お名前                 |                               |
| ご連絡先（電話番号or E-mail） |                               |

連絡先：帝京大学医学部附属病院 帝京がんセンター事務局

**TEL: 03－3964－3091 FAX : 03－3964－9342**