

申 込 書

申込年月日 令和元年 月 日

職 名	氏 名 (ふりがな)	所属診療科等	申請予定資格ポイント ※ポイントとして申請予定のものに○を付けてください。
医 師			
看護師			専門看護師・認定看護師・認定看護管理者
薬剤師			がん専門薬剤師 (日本医療薬学会) 外来がん治療認定薬剤師 (日本臨床腫瘍薬学会) 専門薬剤師, 認定薬剤師 (がん) (日本病院薬剤師会)
所属機関			
所在地	〒 TEL() -		
受講希望 研修日 (第二希望まで右 の空欄に数字を 記入願います)	第1回	令和元年10月 1日 (火) ~ 10月 2日 (水)	
	第2回	令和元年10月29日 (火) ~ 10月30日 (水)	
	第3回	令和元年11月12日 (火) ~ 11月13日 (水)	
	第4回	令和元年11月26日 (火) ~ 11月27日 (水)	

上記の者の受講を申し込みます。

事務担当者	所属・氏名：	連絡先：
-------	--------	------

{送付先} 〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1

東北大学病院地域医療連携課地域医療支援係

担当：小原，原

TEL 022-717-7995 FAX 022-717-8886

E-mail ijih-thk@umin.net