奈良県立医科大学附属病院　がん相談支援センター 行き

 　　　　FAX：0744-29-0836

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
|  |  |  |  |
| 所　属 | フリガナ | 職 種 | 連絡先（メールアドレス） |
| 氏　 名 | がん相談員 　 経験年数 | がん相談員基礎研修受講状況 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| 　　 |  |  |  |
| 　 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

令和元年奈良県がん相談員研修会

「相談対応の質保証」QAを学ぶ　　　　参加申込書

　申込締め切：令和２年２月7日（金）12時

複数でお申し込みの場合優先順位を記載願います。

グループワークに必要です、職種･経験年数･相談員研修受講状況は必ず記載お願いいたします。

受講通知はメールでさせていただきますので記載お願いいたします。

複数でお申し込みの場合は代表者様のみの連絡先（メールアドレス）の記載をお願いします。