

申し込み方法

以下の必要項目をwordファイルにてメール（lymphcare5@gmail.com）でお送りください。
締切：平成29年8月31日（必着） 1名につき1件のメールをお願い致します。
お電話での対応は致しかねますのでご了承願います。

必要項目

- 1.氏名^{ふりがな}
- 2.所属施設
- 3.2での勤務年数
- 4.所属部署(具体的に)
- 5.4での勤務年数
- 6.国家資格(医師・看護師など)
- 7.国家資格を取得してからの勤務年数
- 8.現職名
- 9.役職
- 10.年齢
- 11.所属先郵便番号
- 12.所属先住所
- 13.所属先tel
- 14.携帯電話(緊急時のみ使用させていただきます、必須)
- 15.メールアドレス(PCメールが受信できること)
- 16.参加希望の抱負

- 17.以前この講習会を受講しましたか？（はい・いいえ）
はいの方は（ ）年、第（ ）回講習会
他の講習会を受講したことがある方は具体的に記載してください

- 18.困っている症例がありましたら具体的に記載してください（講習会で採りあげます）

- 19.質問事項がありましたら記載してください(講習会で採りあげます)

申し込み多数の際の選考にあたっては、がん治療を行っている病院勤務者、
前回申込者優先などを考慮のうえ決定させていただきます。
選考結果は、9月中旬頃までにメールにてご連絡致します。

今回の選考で「がんのリンパ浮腫研究会 第12回講習会」に参加となる方は、
がんのリンパ浮腫研究会会員である必要があります(施設会員または個人会員)。
非会員の方へは、後日事務局より入会申請書をお送り致しますので、入会手続き
をお願い致します。

受講された方へ「がんのリンパ浮腫研究会」より受講証明書をお渡し致します。

尚、本講習会は年1回の開催を予定していますが、次回講習会については日程が
決まり次第ご案内致します。

以上

がんのリンパ浮腫研究会講習会