

## 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30年8月10日（必着） 1名につき1件のメールをお願いいたします。  
お電話での対応は致しかねますので、ご了承の程よろしくお願いいたします。

### 必要項目

1. 氏名（ふりがな）
2. 性別
3. 所属施設
4. 3での勤務年数
5. 所属部署(具体的に)
6. 5での勤務年数
7. 国家資格(医師・看護師など)
8. 国家資格を取得してからの勤務年数
9. 現職名
10. 役職
11. 年齢
12. 所属先〒
13. 所属先住所
14. 所属先tel
15. 携帯電話(緊急時のみ使用させていただきます、必須)
16. メールアドレス(PCメール及び添付ファイルの受信可能なもの)  
☆病棟・事務の方などによる代行送信の場合にも、応募される方のお名前で  
連絡させていただきます。
17. 参加希望の抱負
  
18. 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
  
19. 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  
（講習会で採りあげることもあります）
  
20. 質問事項がありましたら記載してください  
（講習会で採りあげることもあります）

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、8月下旬～9月初旬頃にメールにてご連絡いたします。

今回の選考で「がんのリンパ浮腫研究会 第13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)。  
つきましては、後日事務局より非会員の方へ「入会申請書」を送信いたしますので、  
講習会ご参加までに、お手続きくださるようよろしくお願いいたします。

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いたします。

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  
決まり次第ご案内いたします。

以上

がんのリンパ浮腫研究会講習会