

第5回日本 HBOC コンソーシアム教育セミナー 参加申込書

特定非営利活動法人

日本 HBOC コンソーシアム 教育セミナー担当者宛

(四国がんセンター 家族性腫瘍相談室内)

- 申込者氏名： _____
(ふりがな)
- 施設名： _____
- 診療科、所属部署： _____
- 職種：医師 看護師 薬剤師 MSW
臨床検査技師 臨床心理士 遺伝カウンセラー
CRC その他 (_____)
- HBOC 診療：実施 未実施

【医師のみご回答ください】

- 医学部卒業年度： _____ 年度
- 専門医資格：乳腺専門医 (認定 No. _____)
婦人科腫瘍専門医 (認定 No. _____)
臨床遺伝専門医 (認定 No. _____)
その他 (_____) (認定 No. _____)

■ ご連絡先 (ご自宅・所属機関)

- 電話番号：
- 住所：〒
- E-MAIL：

※後日、参加受付の連絡をさせていただきますので、連絡先は必ずご記入ください。
参加申込を受け取りましたら、1週間以内に参加受付を返信(メール)いたします。もし、
1週間たっても連絡が無い場合は、送信トラブルの可能性があるので、再度、確認のご
連絡をお願いいたします。