

第6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 教育セミナー担当係 宛
(四国がんセンター家族性腫瘍相談室内)

E-Mail:hboctestseminar@gmail.com

FAX:089-999-1100

申込者氏名: _____
(ふりがな) ()

施設名: _____

診療科: _____

職種: _____

(医師の場合)医学部卒業年度: _____ 年度

HBOC診療: 実施 未実施

専門医資格(医師の場合)

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(電話番号): _____

(FAX番号): _____

(住所): 〒 _____

E メールアドレス: _____

※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。