

郵送先：

FAX送付先：

JCOG

参加申込み用紙

記入日： _____

No. 1

新規参加 再参加(施設としての復帰)

申請者名： _____

※ 英語記載箇所にはブロック体にてご記入ください

グループ (参加するグループ 1つに○を付けてください)

肺がん 肺がん 消化器 胃がん 食道 乳 リン 婦人科 大腸 泌尿 骨軟部 放射線 脳腫瘍 肝胆
内科 外科 がん 内科 がん がん パ腫 科 がん 器 腫瘍 治療 瘍 臓

病院名

病院名(英語)

診療科/教室名

住所 〒

(TEL、FAX は、JCOG試験の連絡用として使われます。もっとも便利なものをご記入ください)

TEL

FAX

ふりがな

生年月日

e-mail address

施設研究責任者名

年 月 日

施設研究責任者名(英語)

職名(地位)

専門分野

ふりがな

生年月日

e-mail address

施設コーディネータ名

年 月 日

施設コーディネータ名(英語)

職名(地位)

専門分野

(JCOG試験を支援するCRCのうち、代表者1名をご記入ください)

ふりがな

生年月日

e-mail address

CRC/RN 名

年 月 日

職種 看護師 薬剤師 臨床検査技師 その他の医療職() 医療職以外()

※ お預かりする個人情報の取扱い、利用目的については、JCOG公式ホームページ掲載の「JCOGプライバシーポリシー」をご参照ください