

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 内科	肺がん 外科	胃 がん	食 道 が ん	乳 が ん	リン パ 腫	婦人科 腫瘍	大 腸 が ん	泌尿器 科腫瘍	骨軟部 腫瘍	放射線 治療	脳 腫 瘍	肝 胆 膵	内 視 鏡	頭頸部 がん
-----------	-----------	---------	------------------	-------------	--------------	-----------	------------------	------------	-----------	-----------	-------------	-------------	-------------	-----------

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