

セミナー参加申込書

申込締切：2019年5月31日

送信先：大阪市立大学医学部附属病院
「造血幹細胞移植拠点病院」事務局

先着30名様まで
(可否については後日お知らせします)

FAX:06-6645-3880
E-mail: isyokukyoten_ocu@med.osaka-cu.ac.jp

2019年6月14日(金)「長期外来フォローアップ ブラッシュアップ研修」への参加を以下のとおり申し込みいたします。

※修了証書を発行するため、楷書で明記下さい

【申込者】

ふりがな			
氏名			
所属機関 部署名			
職種 <small>必ずご記入ください</small>		移植経験 何年目	
住所 <small>(勤務先または自宅)</small>	〒		
TEL		FAX	
Mail	@		
交通費	要 ・ 不要	交通費書類 受取方法	郵送 ・ メールに添付

*交通費支給を希望される方には、提出書類を送付いたします。(郵送またはメール添付のどちらかに○をつけてください。)後日、当大学の規程により計算し、口座振替にて支給します。

*交通費支給についてご連絡をさせていただくことがございます。連絡のつくメールアドレスまたは電話番号をご記入ください。

*ご提出いただきました個人情報は、造血幹細胞移植医療体制整備事業に関する連絡、交通費支給に関する手続きにのみ使用いたします。

【話し合いたいことや、相談したいことがありますか?】