

# セミナー参加申込書

申込締切：2019年7月5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

200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7月20日(土)「同種造血幹細胞移植に携わる医療従事者のための造血幹細胞移植拠点病院セミナー」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。