平成29年度鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　公開講座

「九州がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」受講願書

１【受講コース】（次の４つのコースのうち、一つに○印）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 消化器がん集学的治療専門医療人養成コース（インテンシブ） |
|  | 緩和ケア専門医療人養成コース（インテンシブ） |
|  | がん専門薬剤師養成コース（インテンシブ） |
|  | 成人Ｔ細胞白血病専門医療人養成コース（インテンシブ） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　全ての項目を記載してください。

２【受講者の氏名】など

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  | | 性別 | 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日 |
|  |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 連 絡 先  ﾒｰﾙ・電話 | 電話（　　　　）　　　－ | | | |
| 勤務先 | 勤 務 先  名 称 |  | | | |
| 職　 名 |  | | | |
| 連 絡 先  ﾒｰﾙ・電話 | 電話（　　　　）　　　－ | | | |
| (該当者のみ)  学生でも  ある場合 | （学校名・研究科名・課程・専攻・所属名称など 及び 学年） | | | | |

３（１）【がん診療期間】、（２）【資格】（基本学会認定医・専門医、認定薬剤師など）

|  |  |
| --- | --- |
| (１)がん診療期間 | 年　　　　　月 |
| (２)資　　格  基本学会認定医・専門医、認定薬剤師など | ①名称 　　　　　 　　 【取得　　　　　年】  ②名称　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 【取得　　　　　年】 |

４【学歴】※大学卒業、大学院修了などに関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 年 　 月 | 大学　　　　　　　　　　 学部　　　　　　　　 学科 卒業 |
| 年 　月 | 大学大学院　　　　　　 　研究科　 　　　　　　課程  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　修了・在学中　　　年 |
| 年 　 月 | 大学大学院　　　　　 　　研究科 　　　　　　　課程  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 修了・在学中 年 |
| 年 　月 |  |

５【職歴】※職歴欄が不足する場合は、２枚目になっても可。

|  |  |
| --- | --- |
| 年 　月 ～　　　　 年 　月 |  |
| 年 　月 ～  年 　 月 |  |
| 年 　月 ～ 年 　月 |  |
| 年 　月 ～ 　 年　 月 |  |
| 年 　月 ～  　年　　月 |  |
| 年 　月 ～  　　　　年　　月 |  |
| 年 　月 ～  　　　　年　　月 |  |
| 年 　月 ～  年 　 月 |  |

受講願書に記載された個人情報は、受講者の登録、緊急連絡等の公開講座の運営に利用し、この目的以外には利用しません。