

四国がんセンター がん看護専門部会事務局
FAX 089-999-1210

がん化学療法
令和2年2月1日（土）
参加申込書

氏名	
所属施設名	
部署・職種	
連絡先 電話番号と FAXまたはE-mailの いずれかに必ず ご記入ください (緊急時に連絡がつく ようご記入ください)	電話番号（必須） (勤務先/自宅)
	FAX番号 (勤務先/自宅)
	E-mail (勤務先/自宅)
副作用対策や 支援について 知りたい内容は どれですか？	1.悪心・嘔吐、2.便秘 3.下痢 4.脱毛 5.末梢神経障害 6.皮膚障害 7.口腔粘膜炎 8.その他（ ） 優先順位：上記の該当番号を（ ）に記入してください 1（ ） 2（ ） 3（ ）
がん化学療法看護で 困っていることはあり ますか？	

申込方法

FAXもしくはメールでお申し込みください。申し込み締めきり1/17（金）
なお、受講決定通知はお送りしません。研修当日、直接会場にお越しください。

申込先

四国がんセンター がん看護専門部会事務局
「がん化学療法」係

F A X : 089-999-1210

メール : 519-ml-kango-kensyu@mail.hosp.go.jp

※メールでお申し込みの場合、件名を「がん化学療法」とし本文に上記内容をご記入の上お送りください。