

日本がん検診・診断学会
年がん検診認定医講習受講申込書

(下線部に申請時の西暦年をご記入ください)

氏名 西暦 年 月 日生

(ふりがな)

男性・女性 (どちらかに○を付けてください)

認定医番号

現住所 〒

勤務先 (役職)

勤務先住所 〒

TEL (内線) : () FAX :

E-mail :

ファックス (03-3238-1837) あるいはメール添付 (npojimu@jacdd.org) にて
お申し込みください。

※以後、日本がん検診・診断学会の連絡は、お書きいただいたメールでの配信に

合意する 合意しない (どちらかに○を付けてください)