

第37回 肺癌診断会および画像診断セミナー

～エビデンスに基づく肺がん検診時代の幕開け～

参加申込用紙

FAX申込先: 04-7131-4724

第37回肺癌診断会および画像診断セミナー 事務局

(独立行政法人 国立がん研究センター東病院 呼吸器腫瘍科 内)

下記のとおり申込致します。

申込日: 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------|--|--|-------------|---------|---------|
| フリガナ | | | ②性別 | 男 ・ 女 | ※いずれかに○ |
| ①氏名 | | | ③卒業年(医師の場合) | 年 | |
| 受講するプログラム | 画像診断セミナー [6月23日(木)] | | 参加費 | 5,000円 | |
| ※参加を希望するプログラムに○ | 肺癌診断会 [6月23日(木)～6月25日(土)] | | 参加費 | 50,000円 | |
| ④勤務先 | 所属施設名 | | | | |
| | 所属科 | | | | |
| ⑤資料送付先 | 〒 - | | | | |
| ⑥電子メールアドレス | e-mail : | | | | |
| | 携帯mail : | | | | |
| ⑦連絡先 TEL・FAX | TEL | | | FAX | |
| | 〔 携帯電話(ある場合): ※開催期間中の事務連絡、呼び出し等に使用します 〕 | | | | |
| 備考 | | | | | |

申込締め切りは6月10日です。

お申し込み後、事務局より請求書をお送り致しますので、**6月17日(金)**までに参加費をお振込下さい。参加費のご入金をもって申込完了とさせていただきます。

※宿泊につきましては、**原則相部屋(2名)**となります。個室希望の方は備考欄にその旨ご記入下さい。個室希望の方には別途追加料金を頂きますので、あらかじめご了承下さい。部屋数に限りがありますのでご希望に添えない場合もあります。

※肺癌診断会のキャンセルポリシー:

肺癌診断会のキャンセルポリシーにつきましては、下記の通りキャンセル料を申し受けます。尚、返金の際の振込手数料は差し引かせて頂きますので、あらかじめご了承下さい。

6月20日(月)まで:0%、6月22日(水)まで:50%、6月23日(木)以降:100%

世話人 大松広伸(独立行政法人 国立がん研究センター東病院 呼吸器腫瘍科)

事務局 独立行政法人 国立がん研究センター東病院 呼吸器腫瘍科 内

〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1

Tel 04-7133-1111(代表) Fax 04-7131-4724(医局直通)

E-mail : 2011haigan@east.ncc.go.jp