令和　　年　　月　　日

滋賀県がん診療連携協議会　研修推進部会　事務局宛

がん対策に関連するイベントを下記の通り開催しますので、がん情報しがへの掲載をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催区分 | 教室・研修会・講演会・フォーラム・その他（　　　　　　　　） |
| イベント名称 | 確定名称　・　仮称 |
| 開催年月日 | 令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　： |
| 対象者 |  |
| 講師 |  |
| 会場 |  |
| 主催 |  |
| その他掲載内容 |  |
| 掲載するご担当者及び連絡先 | 所属：　　　　　　　お名前：　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　）　 |

記入上の注意

１　開催区分については該当箇所にマルをして下さい。

２　イベント名称は、名称が確定しているか仮称であるかの区分にマルをして下さい。

３　開催日が複数日にわたる場合は明記して下さい。

４　講師・会場・その他掲載内容については、出来るだけ詳細にご記入して下さい。

３　ご依頼の内容によりましては掲載をお断りする場合がございます。ご了承ください。

ご提出先

滋賀医科大学医学部附属病院内

滋賀県がん診療連携協議会　研修推進部会　事務局

メールアドレス：iryog@belle.shiga-med.ac.jp

お問い合わせTEL番号：077-548-3625