

送信先：山形県立中央病院 がん・生活習慣病センター 平田あて

FAX：023-685-2605 ※～6月5日（金）までの申込先

全国がん（成人病）センター協議会事務局 事務 鈴木あて

FAX：03-3543-6380 ※6月8日（月）～6月11日（木）の申込先

施設名	
担当者名	
電話番号	
FAX 番号	

第25回がん臨床研究フォーラム参加申込書

1. 参加希望者

部 署	氏 名

2. 希望会場

希望する会場番号に○をつけ、人数を御記入下さい。

※本会場、中継会場とも収容人数が限られておりますので、申込み多数の場合は調整させていただきます。

○ 本会場

番号	会場名	人数
1	国際研究交流会館 国際会議場（国立がん研究センター敷地内）	

※定員190人

○ テレビ中継会場（22施設）

番号	会場名	人数
2	北海道がんセンター	
3	青森県立中央病院	
4	岩手県立中央病院	
5	宮城県立がんセンター	
6	山形県立中央病院	
7	茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター	
8	栃木県立がんセンター（※午前のみ中継いたします）	
9	群馬県立がんセンター	
10	千葉県がんセンター	
11	国立がん研究センター東病院	
12	埼玉県立がんセンター	
13	都立駒込病院	
14	新潟県立がんセンター新潟病院	
15	静岡県立静岡がんセンター	
16	愛知県がんセンター中央病院	
17	名古屋医療センター	
18	岐阜大学医学部附属病院	
19	大阪府立成人病センター	
20	呉医療センター・中国がんセンター	
21	四国がんセンター	
22	九州がんセンター	
23	大分県立病院	