

送信先：FAX：0835-38-2210 ※～6月10日（金）までの申込先

山口県立総合医療センター 布村あて

FAX：03-3543-6380 ※6月13日（月）～6月16日（木）の申込先

全国がん（成人病）センター協議会事務局 事務係 鈴木あて

施設名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

第26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（診療科・部等）	職名	氏名	参加会場番号

所属部署、職名、氏名及び希望する下記会場番号を御記入下さい。

※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ことあります。5名以上の参加の場合は、コピーしてお申し込み下さい。

会場

○ 本会場

番号	会場名
1	国際研究交流会館 国際会議場（国立がん研究センター築地キャンパス内）

※定員190人

○ テレビ中継会場（22施設）

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