山形県がん・生殖医療ネットワーク　参加申込書【所属用】

（様式１）

令和　　年　　月　　日（記入日）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 内容 | | 備考 | ネットワーク内の  共有可否  ※選択してください |
| 氏名 | (ふりがな) | | ご所属における本ネットワークのご担当者様のお名前をご記入ください。 | 可･不可 |
|  | |
| 区分 | がん等診療施設の医療従事者　　生殖医療施設の医療従事者  その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | ※該当するものを選択してください。その他の場合は具体的にご記入ください。複数選択可。 | 可･不可 |
| 職種（専門分野） |  | | （例）産婦人科医、看護師、SW等 | 可･不可 |
| 所属機関 | 名称 |  |  | 可･不可 |
| 科名、課室名等 |  |  | 可･不可 |
| 所在地 |  |  | 可･不可 |
| 事務担当者 |  | 県との調整等事務的な業務を担当される方のお名前をご記入ください。 | 可･不可 |
| 電話 |  |  | 可･不可 |
| メール |  |  | 可･不可 |
| 参加形式 | 組織全体で参加　組織内一部所属で参加（　　　　　　　　　　　） | | ※該当するものを選択してください。組織内一部所属で参加の場合は、参加所属をご記入ください。 | 可･不可 |