

# 『切らずに治すがん陽子線治療』出張講座・セミナー申込書

お申込み日 H 年 月 日

お申込み団体名		〒			
ご担当者名		☎	-	-	
		Mail	@		

【注意1】一般市民の方向け、医療関係者向け、保険業界など業者の方向け等によって内容が異なりますので、詳細は下記までお尋ねください。

【注意2】凡そのご予定、希望日時・曜日などをご記入ください。尚、業務の都合上など、変更のお願いやご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

セミナー・講座のご希望日時(頃)	希望日(曜日)		時間(凡そ)		確定日		時間				
	年	月	日( )	午前 午後	:	~	年	月	日( )	午前 午後	:
開催場所	施設名					住所					
ご参加人数 (凡その見込み)			人	講座・セミナーの 目的 (○をしてください)		①.陽子線治療(センター)の概要を知りたい 2. 技術的な面を知りたい 3. 事務的な面を聞きたい 4. その他( )					
対象者 <small>(市民、医療関係、保険関係など)</small>											

その他ご質問・ご要望事項等ございましたら、ご記入ください。

## ご見学にあたっての注意事項

1. お電話等で事前にご予約いただいた場合でも、確認のため本申込用紙にてお申込みをお願いします。
2. お申込後、弊院担当者よりご連絡をさせていただきます。ご希望の日時等によっては、変更をお願いする場合がございます。
3. ご参加の人数については、20名以上でお願いします。20名未満の場合は、別途ご相談ください。
4. 講演時間については、約30分~1時間30分の範囲で可能です。
5. お申込内容の内、日時等の変更、又はキャンセルについては、1週間前までにご連絡願います。

お問合せ・ご連絡は、右記宛にお願いします。

〒708-0841 岡山県津山市川崎1756  
**津山中央病院がん陽子線治療センター**  
 関連事業部 TEL: 0868-21-8111  
 FAX: 0868-21-8200  
 E-mail: proton@tch.or.jp  
 担当 八木

## センター使用欄

通番	受付日	受付部署	受付者	講座・セミナー確定日時	団体名	人数
担当講師	資料	機材(準備物)		備考(経費精算等)		