日本臨床腫瘍薬学会　地域医療連携委員会

申請日　　　年　　月　　日

地域オンコロジー支援プロジェクト　仮申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  （主催・共催団体・企業名） |  |
| 希望日時※1  （必ず希望日を複数日ご記入ください） | 第1希望： 　　　年　　月　　日　　時から |
| 第2希望：　　　　年　　月　　日　　時から |
| 第3希望：　　　　年　　月　　日　　時から |
| 第4希望：　　　　年　　月　　日　　時から |
| 開催方法  開催場所※2 | 現地開催・Web開催・ハイブリッド（○で囲んでください）  ＊Webの場合の配信形式  ＜　Zｏｏｍ・teams・その他（　　　　　　　　）＞  開催場所： |
| 講演時間 | 時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 会対象者※3 | 対象者：薬局薬剤師  参加予定人数：　　　　　　名 |
| 希望テーマ（複数可）  講師希望※4 | ◆希望テーマ（　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　）  あり（病院薬剤師希望・保険薬局薬剤師希望）・　なし  ◆講師のWeb出演　　あり　・　なし |
| 連絡先  及び担当者 | 連絡先：  担当者：  メールアドレス： |

※1.日程が決まっていない場合、何月頃に行う予定かで結構です。その場合講師派遣の都合上、

日程をこちらからご相談・提示させていただく場合もあります。

※2.現地にて集合開催の場合、開催場所が未決定の場合は研修会を行う市町村名をご記入ください。

※3.具体的な対象者と概ねの参加人数を記載してください。

※4.演者に関しては日本臨床腫瘍薬学会　地域医療連携委員会委員より選定されます。演者の希望がある場合は申請を受理した後に調整させていただきます。なお日程等によってはご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

（申請先）

日本臨床腫瘍薬学会ホームページ

＜お問い合わせ＞にアクセスしていただき、ファイルを添付してお申し込みください。