**日本臨床腫瘍薬学会　がん診療病院連携研修病院申請申込書（2025年第1期）**

一般社団法人 日本臨床腫瘍薬学会理事長　殿

当施設は、日本臨床腫瘍薬学会がん診療病院連携研修要綱に従い、研修病院として申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日(西暦） | 年　　　　 　 月　　　　　　日 |
| フリガナ |  | 印 |
| 施設名（正式名称） |  |
| 施設長役職 |  |
| フリガナ |  |
| 施設長氏名 |  |

**＜記載要領＞**

 １） 施設名は正式名称を記載してください。

 ２） 施設長の印は，**公印**を用いてください（施設が研修受入れを許可していることの証明）。

 3） 研修施設の認定期間は、原則、5年間となります

※公印等の手続きに時間を要し期限に間に合わない場合は、準備が整い次第で構いません。

**＜提出方法＞**

記入・押印の上日本臨床腫瘍薬学会がん診療病院連携研修担当までメールでお送りください。

メールでの送付が難しい場合には、郵送でもかまいません。

メール：maf-jaspo-renkei@mynavi.jp　日本臨床腫瘍薬学会　がん診療病院連携研修担当

郵送先：〒100-0003　東京都千代田区一ツ橋1-1-1

パレスサイドビル　(株)毎日学術フォーラム内

日本臨床腫瘍薬学会　がん診療病院連携研修担当