

専門分野		指導教授	氏名	印
<p>7 大学連携先端のがん教育基盤創造プログラムのインテンシブコース研修願</p>				
<p>平成 年 月 日</p>				
<p>大阪市立大学大学院医学研究科長 様</p>				
<p>氏名 印</p>				
<p>私は、下記のとおり 7 大学連携先端のがん教育基盤創造プログラムのコースの研修を申請いたしますので許可くださるようお願いいたします。</p>				
<p>記</p>				
<p>1 履修コース (いずれかにチェックすること)</p>				
<p><input type="checkbox"/> がん専門医療人養成コースA：講義及び実習を受ける</p> <p><input type="checkbox"/> がん専門医療人養成コースB：講義及びカンファレンスに参加する</p> <p><input type="checkbox"/> 同種造血幹細胞移植医師養成コース</p> <p><input type="checkbox"/> 同種造血幹細胞移植看護師養成コース</p> <p><input type="checkbox"/> 同種造血幹細胞移植コーディネーター養成コース</p> <p><input type="checkbox"/> 地域中核病院専門医療職を対象とした（インテンシブ）コース</p>				
<p>2 期 間</p>				
<p>平成 27 年 4 月 1 日 ～ 平成 28 年 3 月 31 日</p>				