

【認定研修施設ホームページ掲載登録票】

日本がん治療認定医機構 理事長 殿

下記内容を日本がん治療認定医機構のホームページに掲載することを了承いたします。

年 月 日

施設名： _____

病院長氏名： _____

印 _____

※公印をご捺印ください。

1. ホームページ掲載内容 (認定研修施設一覧: http://www.jbct.jp/sys_facilities_listindex.php)

認定研修施設 認定番号					
認定研修施設 名称		名称変更は本届でなく、『認定研修施設 名称変更届』の提出が必要となります。 本機構事務局(c-info@imic.or.jp)までメールにてご連絡ください。			
		※変更のある項目に印を付けて右欄に記入 (変更のない項目は空欄可)			
病院長氏名		<input type="checkbox"/> 変更			
住所		<input type="checkbox"/> 変更	〒		
がん治療 認定医申請に 関する 問い合わせ先	所属	<input type="checkbox"/> 変更			
	担当者名	<input type="checkbox"/> 変更			
	電話番号	<input type="checkbox"/> 変更			
	メールアドレス	<input type="checkbox"/> 変更			
※掲載あるいは削除に印	掲載	削除	暫定教育医 認定番号	氏名	科名
暫定教育医 および 暫定教育医 (歯科口腔外科) ※常勤者のみ掲載可 ※各先生に許可をお取り いただいた上で ご記入ください。 ※掲載順はご指定いただけま せん。 ※記入欄が不足する場合は、 本紙を必要枚数複写・印刷 するか、別紙を作成し添付 ください。	<input type="checkbox"/> 掲載	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 掲載	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 掲載	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 掲載	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 掲載	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 掲載	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 掲載	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 掲載	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 掲載	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他			

2. 本届の提出者

提出者氏名		所属部署(科名)	
メールアドレス			

※事務担当者でも可とします。メールアドレスのご記入のない場合、書類受領の通知はいたしませんのでご了承ください。

<送付先> 〒160-0016 東京都新宿区信濃町 35 番地 財団法人 国際医学情報センター内
日本がん治療認定医機構 事務局 宛