

管理者印	金沢大学 事務局確認印	受付担当印

文部科学省・先進的医療イノベーション人材養成事業  
超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成（北信がんプロ）

## 履修申請書

令和 年 月 日

『超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成』コースの履修を希望しますので  
次のとおり申請いたします。（※裏面もご記入ください）

申請する 教育コース (※申込されるコース の数字を○で囲んで ください。)	本 科 コ ー ス	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 先端的個別化医療コース/金沢大学</li> <li>2 がん個別化薬物療法薬剤師リーダーコース/金沢大学</li> <li>3 個別化高度化を担う医療技術・医学物理人材育成コース/金沢大学</li> <li>4 ゲノム医療に精通したがん治療医育成コース/信州大学</li> <li>5 がん診療に詳しい認定遺伝カウンセラー養成コース/信州大学</li> <li>6 高齢がん患者対策専門コース/富山大学</li> <li>7 高齢化した地域医療を個別化医療で支えることができる高度薬剤師養成コース /富山大学</li> <li>8 地域がん専門医養成コース/福井大学</li> <li>9 がんプロフェッショナルがん専門医リーダー養成コース/金沢医科大学</li> <li>10 がんライフステージコース/石川県立看護大学</li> </ul>
	イン テン シ ブ コ ー ス	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 がんゲノム医療生涯教育コース/金沢大学</li> <li>2 がん個別化薬物療法実践薬剤師コース/金沢大学</li> <li>3 高齢がん患者対策専門コース/富山大学</li> <li>4 高齢化した地域医療を個別化医療で支えることができる専門的薬剤師養成コース /富山大学</li> <li>5 在宅がん緩和リハビリテーションコース/富山大学</li> <li>6 在宅栄養管理コース/福井大学</li> <li>7 在宅緩和医療コース/福井大学</li> <li>8 がん集学的治療医養成コース/金沢医科大学</li> <li>9 がんライフケアコース/石川県立看護大学</li> </ul>
(ふりがな) 氏 名	Ⓜ	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 才 男 / 女 )	
現住所	(〒 — )	
電話番号	— —	
電子メール	[PC]	@
	[携帯]	@

学歴 (大学卒業以降)	<<記入例>>平成25年3月 ○○大学 医学部医学科 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業	
	年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み
	年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み
現在の勤務先情報	勤務先名	
	所属部署	職名
	住所 (〒 — )	
	TEL — —	
医師免許	昭和 ・ 平成 年 月 日 医籍登録：第 号	
資格 *指定医・専門医等 (登録番号を含む)		
職歴 *年次・勤務先・ 職種等	<<記入例>>平成25年4月1日～ 現在 ○○大学附属病院 研修医	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
業績 (公表論文・研究 報告)		

[申請書作成要領]

1. 所定の様式で作成すること。(複数頁にわたっても結構です。)
2. 氏名は戸籍に記載された字体により記入すること。
3. 該当する口欄にチェックを付けてください。
4. FAX (265-2855)、e-mail ([gpro@med.kanazawa-u.ac.jp](mailto:gpro@med.kanazawa-u.ac.jp))  
 または郵送にてがんプロ事務局 (金沢市宝町 13-1)  
 まで、ご提出ください。