コース名	□インテンシブ（専門医師）コース □インテンシブ（医学物理士／放射線腫瘍医・臨床研修）コース □インテンシブ（看護師）コース	受入コース責任者 氏　名 ※本学記入欄		印

平成 22 年度がんプロフェッショナル養成プラン に携わる特別聴講学生願（兼誓約書）

平成　　年　　月　　日

順天堂大学　学長　様

氏名　　㊞

私は、がんプロフェッショナル養成プランに携わる特別聴講学生（がんプロ聴講生）として申請いたしますので許可下さるようお願いいたします。

記

生年月日	年　月　日	年齢	歳	性別	男・女
現 住 所					
現在の勤務先【所属】					
資 格 等	□医師免許　□専門医（　　）				
	□認定医（　　）□その他（　　）				
	□看護師免許　□認定看護師（　　）				
Ｔ Ｅ Ｌ					
メールアドレス	@ ※登録者には登録アドレスに講義情報等をご案内いたします。				

誓 約 書

貴学のがんプロフェッショナル養成プランに携わる特別聴講学生（がんプロ聴講生）として、大学の諸規則並びにその他の指示事項を堅く守ることを誓約します。

署名欄：　　㊞