

申 込 書

東北大学病院長 下瀬川 徹 殿

申込年月日 平成 年 月 日

氏 名 (ふりがな)	職 名	所属診療科等	性別	年齢
所属機関				
所在地	〒 TEL() -			
受講希望 研修 (第二希望 まで右の 空欄に数 字を記入 願います)	第 1 回	平成 26 年 1 月 21 日 (火) ~ 1 月 22 日 (水)		
	第 2 回	平成 26 年 2 月 4 日 (火) ~ 2 月 5 日 (水)		
	第 3 回	平成 26 年 2 月 18 日 (火) ~ 2 月 19 日 (水)		
	第 4 回	平成 26 年 3 月 4 日 (火) ~ 3 月 5 日 (水)		
	第 5 回	平成 26 年 3 月 18 日 (火) ~ 3 月 19 日 (水)		
上記の者の受講を申し込みます。				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 所 属 機 関 ・ 所属機関長氏名 				
事務担当者	所属・氏名 :		連絡先 :	

{送付先} 〒980-8574 仙台市青葉区星陵町 1 - 1
 東北大学病院総務課職員係 担当 : 堀越, 千葉
 TEL 022-717-7020 FAX 022-717-7016
 E-mail hos-syok@bureau.tohoku.ac.jp