

## 申 込 書

東北大学病院長 八重樫 伸生 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28年 9月13日(火) ~ 9月14日(水)		
	第2回	平成28年 9月27日(火) ~ 9月28日(水)		
	第3回	平成28年10月11日(火) ~ 10月12日(水)		
	第4回	平成28年10月25日(火) ~ 10月26日(水)		
	第5回	平成28年11月 8日(火) ~ 11月 9日(水)		
上記の者の受講を申し込みます。				
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所 属 機 関</li> <li>・ 所属機関長氏名 <span style="float: right;">印</span></li> </ul>				
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：高橋，芳賀  
 TEL 022-717-7020 FAX 022-717-7016  
 E-mail [hos-syok@grp.tohoku.ac.jp](mailto:hos-syok@grp.tohoku.ac.jp)