

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30年 9月11日(火) ~ 9月12日(水)		
	第2回	平成30年10月 9日(火) ~ 10月10日(水)		
	第3回	平成30年10月30日(火) ~ 10月31日(水)		
	第4回	平成30年11月 6日(火) ~ 11月 7日(水)		
	第5回	平成30年11月27日(火) ~ 11月28日(水)		
上記の者の受講を申し込みます。				
・ 所 属 機 関				
・ 所属機関長氏名 印				
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

東北大学病院地域医療連携課地域医療支援係

担当：小原，原

TEL 022-717-7995 FAX 022-717-8886

E-mail ijih-thk@umin.net