

## 実地研修・見学申込書

貴院への実地研修・見学を以下のとおり申し込みいたします。

ふりがな		年齢	性別
氏名：			
職種： <small>必ずご記入ください</small>		勤続年数：	
ふりがな			
所属機関：		部署名：	
ふりがな			
所属先住所：	〒		
TEL：		携帯：	
	内線：		<small>急ぎの場合の連絡方法として差し支えなければご記入ください</small>
E-mail：		@	
研修希望部署： <small>*複数選択可</small>	<input type="checkbox"/> 内科・ <input type="checkbox"/> 小児科・ <input type="checkbox"/> リハビリテーションセンター・ <input type="checkbox"/> 放射線治療科・ <input type="checkbox"/> 輸血室・看護部； <input type="checkbox"/> 移植病棟・ <input type="checkbox"/> 小児科病棟・ <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> HCTC・ <input type="checkbox"/> 他（                      ）		
研修希望日：	～		

\*研修日につきましては、研修担当者と調整いただきます。後日研修担当者より日程のご相談、必要書類等のご連絡をさせていただきます。ご希望に添えない場合もございます。

実地研修・見学の動機・希望される内容など：

\*ご提出いただきました個人情報は、造血幹細胞移植医療体制整備事業に関する連絡にのみ使用いたします。