**先端医療技術トレーニングセンター**

|  |
| --- |
| 見　学　申　込　書 |

下記事項をご記入の上、東北大学病院　卒後研修センターあてメール又はファクスにて

お送りください。お申し込み後、３日程度で見学受入可否の連絡をさせていただきます。

※見学予定者の名簿は見学日の1週間前までにお送りいただきますようお願い致します。

（別紙の名簿に氏名、ご所属〈社名、病院名・役職等〉をご記入ください。）

西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | | 記　入　事　項 | | |
| 見学希望日時 | | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　　　曜日 | | |
| 午前　・　午後　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 | | |
| 団　体　名 | |  | | |
| 連　絡　先 | 代　表　者（窓口） |  | | |
| 所　属／役職 |  | | |
| 電　話　番　号 |  | FAX番号 |  |
| Ｅ－Ｍａｉｌ |  | | |
| 当日の緊急連絡先 |  | | |
| 見学者数 | | （　　　　　　　）名 | | |
| 見学予定者の名簿は見学日の1週間前までにお送り下さい。 | | |
| 見学目的 | |  | | |
|  | | |
| 備　　考 | |  | | |

【お申し込み先】

東北大学病院　卒後研修センター

仙台市青葉区星陵町1-1

TEL : 022-717-7765

FAX : 022-717-7143

E-mail : [hos-sotu@grp.tohoku.ac.jp](mailto:hos-sotu@grp.tohoku.ac.jp)

先端医療技術トレーニングセンター施設見学　参加者名簿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 | 氏名 | 役職等 | 所属 | 氏名 | 役職等 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　東北大学病院　卒後研修センターあて

仙台市青葉区星陵町1-1

TEL : 022-717-7765

FAX : 022-717-7143

E-mail : [hos-sotu@grp.tohoku.ac.jp](mailto:hos-sotu@grp.tohoku.ac.jp)