研修制度様式 1-1

日本マス・スクリーニング学会 理事長 殿

研 修 願 い 書

貴会が指定する下記の研修を受講したいので、申し込みます。 記

１． 研 修 名(該当項目を○で囲んでください)

１）先天性代謝異常・内分泌疾患マス・スクリーニング基礎理論研修

２）先天性代謝異常・内分泌疾患マス･スクリーニング検査基礎技術研修

３）先天性代謝異常・内分泌疾患マス･スクリーニング検査専門技術研修

２． 希望研修期間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

３． 希望研修実施機関名

４． 研修受講者所属・氏名

所 属：

氏 名：

住 所： 〒

TEL/FAX ：

メールアドレス：

平成 年 月 日

研修願い提出機関施設長名 印 (又は)

研修希望者名(個人で申し込む場合) 印