

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