研修制度様式１－2

（研修実施機関施設長）

様

研 修 依 頼 書

本会が指定する研修の受講申し込みが下記のとおりありましたの

で、許可願います。

記

１．研 修 名（該当項目を○で囲む）

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．受講希望者所属・氏名

所 属 氏 名

平成 年 月 日

日本マス･スクリーニング学会

理事長 印