|  |  |
| --- | --- |
| ・氏名  ・職名  （複数申込可） | **旅費支給　あり ※ 自宅、勤務先 共に 岡山市外の場合、支給いたします。** |
|  |
| **旅費支給　なし** |
|  |
| ・所属先住所  ・所属機関名  ・部署名  ＊後日、書類を郵送いたします。 | **〒** |
| ・連絡先  （E-mail、携帯など）  ＊お問い合わせ、緊急時などに使用いたします。 |  |

厚生労働省　造血幹細胞移植医療体制整備事業

実地研修・見学申込書

※日程につきましては、ご希望に添えない場合もございます。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修希望部署 |  |
| 希望日程 | 第1希望：  第2希望：  第3希望： |
| 研修・見学内容  ＊研修・見学の動機、目的、希望される内容などご記入ください。 |  |