

令和 年 月 日

東京都立がん検診センター
個別研修受講申請書

東京都立がん検診センター所長殿

ふりがな
氏名 _____ 男・女
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
勤務先名 _____
所属部署 _____ 職種 _____
所在地 〒 _____
連絡先 Tel _____ 内線 _____
メールまたは FAX _____

※後日、受講案内をお送りいたしますので、メールまたは FAX を必ずご記入ください。

東京都立がん検診センターが実施する個別研修課程 _____ 検査 _____ 科を
下記のとおり受講したいので申請いたします。

記

(複数日の場合は、全ての日程を記入)

研修日時 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

研修内容 _____ について
受講料 _____ 円 (検査科 5,000 円/1日、3,000 円/半日)
※超音波検査については半日のみ

(勤務先を通してお申込みの場合はこちらもご記入ください)

東京都立がん検診センター個別研修過程に上記の者を受講させたいので、よろしくお取り計らいお願い申し上げます。

機 関 名 _____
部 署 _____
所 属 長 _____