平成28年度　結核研究所 研修受講申込書

必要事項をご記入の上、FAX・Eメール・ご郵送のいずれかの方法にてお申込みください。
☐には該当するものにチェックを入れてください。

平成　28　年　　月　　日

申込研修名	研修（第　　回・　　月　　日開始）			
ふりがな 申込者氏名		歳	☐ 男　☐ 女	
勤務先	所属機関名			
	所属部署		役　職	
	所 在 地	〒　　―		
	TEL　（　　）　　―		FAX　（　　）　　―	
	メールアドレス			
職　種	☐ 医師　☐ 診療放射線技師　☐ 保健師　☐ 看護師（☐ 感染管理認定看護師） ☐ 薬剤師　☐ 臨床検査技師　☐ 事務職　☐ その他（　　）			
現在の職務	内容			
	従事期間	医師の方	結核診療及び結核関係業務に従事した期間　　年	
			その中で、臨床医　　年　・　公衆衛生医　　年	
		他職種の方	公衆衛生従事期間　　年　・　結核関係業務従事期間　　年	
過去の当研究所研修参加	☐ なし　☐ あり　　年度　　研修			
受講費 支払い方法	負担先	☐ 公費　☐ 私費		
	請求書	☐ 必要なし　☐ 必要あり　請求書宛名（　　）		
		所定の請求書　☐ あり		
	名目	☐ 受講費　☐ 資料代　☐ 他（　　）		
宿　泊	宿舎利用希望	☐ なし　☐ 利用希望　※ 宿舎利用ご希望の方には、詳細を別途お送りします。		

※コピーしてお使いください。

※受講不可、宿舎満室の場合は、申込書受領後数日中にご連絡します。

※本申込書にご記入いただいた内容は、研修及び当所主催行事のご案内以外の目的には使用しません。

◆ **申込先：**　公益財団法人結核予防会結核研究所　対策支援部国内研修担当

〒204-8533　東京都清瀬市松山3-1-24

FAX 042-492-4600　　TEL 042-493-5690（研修担当直通）

Eメール　rittraining@jata.or.jp