

令和 年 月 日

東京都がん検診センター
個別研修受講申請書

東京都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。

東京都がん検診センターが実施する個別研修課程 _____ 放射線 _____ 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
令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

研修内容 _____ について
受講料 _____ 円 (放射線科 7,000 円/1日、4,000 円/半日)

(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 _____