

太枠内にご記入の上、事務局までお送りください。

お名前		
職種		
ご勤務先	施設 部署	
	住所	〒
e-mail		
研修中の宿泊	<input type="checkbox"/> 当院近隣施設に宿泊予定（宿泊予定日： ） <input type="checkbox"/> 自宅からの通勤希望	
宿泊費	※当院の規程により、条件を満たす場合に支給 <input type="checkbox"/> 支給対象 <input type="checkbox"/> 支給対象外	
旅費	※ご自宅・ご勤務先共に岡山市以外の医療従事者の方に支給 <input type="checkbox"/> 支給対象 <input type="checkbox"/> 支給対象外	

※ご希望に添えない場合、また当日の業務により変更がある場合がございますのでご了承ください。

研修希望部署	
希望日程	第1希望： 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）の 日間 第2希望： 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）の 日間 第3希望： 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）の 日間
研修・見学内容	研修・見学の動機、目的、希望される研修内容などご記入ください。

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