**外部機関受講申請書**

平成　　年　　月　　日 提出

和歌山県立医科大学 臨床研究センター 臨床研究教育部門長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者名　　　　　　　　　　　　　　　　(印)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　名

下記の受講希望者の和歌山県立医科大学 臨床研究セミナーへの受講を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 所　属・職　名 |  |
| 所属先住所 | 〒 |
| 連絡先 | Tel　　　　　　　　　　 | Fax番号 |  |
| E-mail |  |

＜事務局記入欄＞

|  |
| --- |
| 臨床研究セミナーの受講を　　　　　　許可します　　　　　　　　　　許可できません |
| 備考(許可した場合には受付ID、不許可の場合にはその理由) |

和歌山県立医科大学 臨床研究センター

臨床研究教育部門長

下川 敏雄　　印