**造血幹細胞移植推進拠点病院（愛媛県立中央病院）**

**実地研修･見学申込書**

**FAX：089-943-4136　 E-mail：c-hct2＠eph.ehime.jp**

**愛媛県立中央病院 総務医事課 医事ｸﾞﾙｰﾌﾟ(拠点病院事業事務担当 行)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 ※ | 所　属　　　 | 所在地　　　病院･部署名 | 役職・氏名 | 希望年月日（期間） | 旅費の希望の有無 | 連絡先(複数の場合代表者のみ) |
|  | (所在地)　 (病院･部署名)　 | (役職)(氏名) | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　　日間） | 有・無 |  |
|  | (所在地)　 (病院･部署名)　 | (役職)(氏名) | 　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　　日間） | 有・無 |  |
|  | (所在地)　 (病院･部署名)　 | (役職)(氏名) | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　　日間） | 有・無 |  |
|  | (所在地)　 (病院･部署名)　 | (役職)(氏名) | 　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　　日間） | 有・無 |  |
|  | (所在地)　 (病院･部署名)　 | (役職)(氏名) | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　　日間） | 有・無 |  |

※『医師』『看護師』『HCTC』『理学療法士』『管理栄養士』『薬剤師』『臨床心理士』のいづれかを記載してください。