

別記様式 (第6条関係)

令和 年 月 日

国立研究開発法人

国立長寿医療研究センター 理事長 殿

団体名：

代表者：

施設研修申込書

1 施設研修希望日時

- (1) 第一希望 令和 年 月 日 時 ~ 時
(2) 第二希望 令和 年 月 日 時 ~ 時

2 参加者 (人数) 人

3 代表者氏名及び連絡先

氏 名	
連 絡 先	住 所
	電 話
	F A X
	e - m a i l

目的 (ご参考までにご記入頂けますと幸いです。)

4 遵守事項

施設研修の受講に際しては、センターの規定を遵守いたします。
研修費は、一人 2,000 円 (税込) を 当日受付の際に支払います。

【問い合わせおよび申込書提出先】

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター 中野
〒474-8511 愛知県大府市森岡町7丁目430番地
TEL 0562-46-2311 FAX 0562-45-5813
e-mail:nakano@ncgg.go.jp