

別紙様式 (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：

施設見学申込書

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-mail	

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 研修管理室

〒474-8511 愛知県大府市森岡町7丁目430番地

TEL 0562-46-2311(内線2702) / FAX 0562-45-5813