

公益社団法人 全国自治体病院協議会 会長 殿

海外医療視察研修団 参加希望届

下記の個人情報を全国自治体病院協議会が担当旅行取扱会社へ提供することに同意の上、以下の研修への参加を希望します。

参加希望研修団 (○を付して下さい)	海外医療視察 <u>A (ドイツ)</u> ・ <u>B (ノルウェー・デンマーク)</u> 研修団		
ふりがな 氏名			男 ・ 女
生年月日	西暦	年 月 日 (歳)	令和8年 4月 1日 現在
勤務先	施設名：		
	役職名：		
	住 所：〒 —		
	申込部署：		申込者氏名：
	TEL：() —		FAX：() —
	電子メール： @		
参加希望者 ご自宅	住 所：〒 —		
	TEL：() —		FAX：() —
旅券	現在有効な旅券を持っている はい いいえ ※はい に○を付け方は、パスポートのコピーをこの参加希望届と一緒に 郵送又はFAXにてお送りください。		

複数名参加をご希望の場合、研修参加希望届はコピーしてご利用ください

※ 研修参加希望届の取消や変更は必ず文書にてご連絡ください

<参加希望届 提出先>

公益社団法人 全国自治体病院協議会 総務部総務課

郵 送 先：〒102-8556 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館本館7階

FAX送付先：03-3261-1845