

# 応募申込書

平成 年 月 日

国立研究開発法人  
国立国際医療研究センター理事長 殿

氏 名 印

平成29年度 国際保健医療協力研修講義コースに参加したく、以下のとおり記入の上、申し込みます。

フリガナ 氏 名			男	生年月日	昭和・平成	年
			女		月	日
現住所 (e-mail)	〒 ー TEL ( ) @					
勤務先 (通学先)	施設名					
	所属・役職	(学生の場合、学部・学科)				
	職種	(学生以外の方、ご記入ください)				
	所在地	〒 ー TEL ( )				
国際保健 保健医療 分野での 経験	これまで国際保健基礎講座への参加: 有・無 (どちらかに○をつけてください)					

※ここに記載された氏名、住所等の個人情報はこの研修の目的以外に利用されることはありません。