令和　　年　　月　　日

愛知県がんセンター研究所長　様

（所属長）　　　　　　　　　　　㊞

業務・施設見学及び職場体験等について

このことについて、下記のとおり申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・住所（学校・病院・企業） |  |
| 〒　　　－　　　 |
| 見学及び職場体験者フリガナ氏　名 |  |
| フリガナ担当者氏名 |  |
| 目的 |  |
| 内容 |  |
| 見学希望日（和暦） | 　　　　　年　　月　　日（　） |
| 電話番号（日中の連絡先） | ＴＥＬ　　　　（　　　）　　　　 |
| メール | 　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 備　考 |  |

注）（１）提出は郵送でお願いします。

 （２）申込みは６週間前までに提出してください。

（３）見学日の日程が決まりましたら、電話又はメールで連絡します。

（４）問い合わせ及び申込み先

〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1番1号

　愛知県がんセンター　運用部管理課　総務グループ

　 ＴＥＬ　052-762-6111