

<文 書 番 号 等>
〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

国立保健医療科学院長 殿

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇長

公
印

（ 研 修 名 ）の受講について

この度、貴院標記研修に職員を派遣いたしたく、別添のとおり申し込みますので
よろしくお取り計らい下さい。

研修担当者

- ・所属部局名等
- ・氏名
- ・連絡先

住所 〒

TEL

FAX

E-mail

（注1）別途派遣機関側に様式が用意されている場合はそちらをご利用下さい。

（注2）受講希望者の所属長等から本院院長あての公文書となりますので、公印を
ご使用下さい。

（注3）申込時の封筒もしくは公文書の下段に研修担当者の所属、氏名、連絡先等を
明記してください。審査結果について、そちらへ送付いたします。

（注4）複数名応募の場合は推薦順位を追記して下さい。