

平成 年 月 日

東北大学東北メディカル・メガバンク機構事務部門

総務係 あて

E-mail: tommo-som*grp.tohoku.ac.jp (*を@に置き換えてください)

FAX: 022-274-5920

東北メディカル・メガバンク機構視察・見学申込書

所属機関名： _____

氏名： _____

住所： _____

視察・見学の目的	
希望日時(*1)	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ 時 分
参加人数(*2)	
希望施設・室	
その他希望事項	(その他、視察・見学に当たって希望がございましたら、ご自由に記入してください。)
担当者連絡先	(氏名) (電話番号) (E-mail)

(*1 機構内での行事が実施される場合にはお受けできない場合があります。

(*2 視察・見学希望者名簿(任意様式)も併せてご提出願います。ただし、申込み時には希望人数、希望者がはっきりしていない場合は、おおよその人数を記入願います。