20　　年　　月　　日

つくば臨床検査教育・研究センター見学申請書

|  |
| --- |
| 申　請　者 |
| 団体名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 団体連絡先 | TEL． | FAX． |
| 申請代表者名 |  |
| 代表者連絡先 | E-mail： |
|  | TEL． |

|  |
| --- |
| 申　請　内　容 |
| 日　　時 |  20 　年　　月　　日（　）　　　　時　　分　～ |
| 見学内容 | ご希望に　**○**を記入して下さい。 （　　） 施設見学　　　　（所要時間：45分程度） （　　） 事業内容説明希望（所要時間：45分程度、調整可能）〈見学に当たってのご希望事項〉 |
| 参 加 者 | 　　　　　　　名 |

* 本申請は見学希望日の2週間前までにご提出ください。
* 見学希望時間によっては、業務上、立ち入れない場所がありますのでご了承ください。

【連絡先】　つくばi-Laboratory. LLP 事業企画部

〒305-0005　茨城県つくば市天久保2-1-17

　　　　　　　TEL：029-850-1320　　FAX：029-856-5226

　　　　　　　E-mail：mail@tsukuba-i-lab.com

|  |
| --- |
| つくば臨床検査教育・研究センター　使用欄 |
| TMER | 執行役員 | 検査部 | 事業企画部 | 受理 |
|  |  |  |  |  |
| 管理番号 |  　　. |  |