　様式1.

**細胞治療認定管理師制度認定講習会・研修会　単位付与対象の申請書**

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **講習会・研修会名称** |  |
| 申請者氏名 |  |
| 所属 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 団体名または  研究課題名 |  |
| 事務連絡先 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 開催種類 | * 講習会、□実地研修会 |
| 開催時期  実施回数  　　□年1回  　　□年2回  　　□年(　　)回 | \*2回以上実施の場合には、年月日を増やしてご記入ください。未決定の場合は頃と記載。  20　　年　　　月　　　日  20　　年　　　月　　　日 |
| 開催場所 |  |
| 実施回数 |  |
| メールアドレス |  |
| 団体名または  研究課題名（研究費名） |  |
| 団体または研究代表者  氏名・所属・職名 | 氏名：  所属：  職名： |

事務局記入

|  |  |
| --- | --- |
| 受理日 | 年　　　月　　　日　　　事務局氏名 |
| 申請番号 | CTS-M |