**（別添様式１）**

令和　　年　　月　　日

**2025ＴＰＭ（スペイン研修）派遣支援事業参加申込書**

下記のとおり、2025ＴＰＭ（スペイン研修）派遣支援事業に参加申込みします。

|  |  |
| --- | --- |
| **（フリガナ）** |  |
| **氏　名** |  |
| **住　所** |  |
| **生年月日** | 年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| **連絡先** | 電　話： |
| メール： |
| **勤務先** | 施設名： |
| 診療科： |
| 職 種： |

　　　　　　　　　　　　　　※勤務先が発行する証明書等の写しを添付のこと