別紙

旭川医科大学研究者教育講習eラーニング利用申請書

申請日：　　　　年　　月　　日

臨床研究支援センター長　殿

申請者　氏　　　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属・役職：

　　旭川医科大学研究者教育講習eラーニングの利用について、下記のとおり申請します。なお、利用に当たっては旭川医科大学研究者教育講習eラーニング利用要項を遵守します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 | 名 | セイ | メイ | メールアドレス | 所属 | 役職 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※申請は、利用者本人又は利用者の所属長等が行って下さい。