**東京大学医学系研究科・医学部 研究倫理セミナー 学外者受講願**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

東京大学医学部研究倫理支援室長 殿

第　　回 東京大学医学系研究科・医学部 研究倫理セミナーにつきまして、以下の学外者の受講をさせていただきたく、お願い申し上げます。

受講料（10,000円／回・人）は、別途、ご指定の手続きにより納付いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏名** |  |
| **所属** |  |
| **職名（身分）** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **電話番号** |  |
| **受講理由** |  |
| **請求先** | **住所・所属**  **氏名** |

所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（自署または捺印）

**お支払い方法について**

1. 請求書をメールにてお送りいたします。
2. 指定口座へお振り込みをお願いします。

③ お振り込み後、振込用紙の写しを、下記事務局宛てへメールにてお送りください。

※ご不明な点等ございましたら、お気軽にお問い合わせいただけますと幸いです。

受講料　￥１０，０００

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名 | 三井住友銀行　東京第一支店 |
| 口座番号 | 普通預金　９５１９２２７ |
| 口座名 | コクリツダイガクホウジン　トウキョウダイガク |
| 国立大学法人東京大学 |

**お問い合わせ、および送付先**

東京大学　医学部倫理委員会　事務局（研究倫理支援室）

E-mail　hb-ohrs@m.u-tokyo.ac.jp　　　TEL　03-5841-3600