

# (株) Ackerman 記念札幌皮膚病理研究所

## 研修申込書

年 月 日

ふりがな

※ 御名前

---

※ 希望研修期間

年 月 日 ~ 年 月 日

---

以下、ご記入お願い致します。

御所属 / 診療科

---

勤務先 住所 〒

TEL FAX

---

ご自宅 住所 〒

TEL FAX

---

E-mail address

---

研修内容に関する希望がございましたらご記入下さい。

Ackerman 記念札幌皮膚病理研究所  
〒001-0018 札幌市北区北 18 条西 3 丁目 2-21  
TEL : FAX 011-756-7588  
E-mail [office@ackermansidp.jp](mailto:office@ackermansidp.jp)  
Web <http://www.ackermansidp.jp>