

# 多職種連携のための臨床検査技師能力開発講習会 申込書

※ 申込締切：平成30年11月2日（金） FAX：011-786-7073

施設名 _____ 部科（課）名 _____
電 話 _____ FAX _____ ※
氏名 _____ 会員番号 _____
担当部門： _____ 経験年数：技師経験 _____ 年
検体採取等に関する厚生労働省指定講習会（ 受講 ・ 未受講 ）
氏名 _____ 会員番号 _____
担当部門： _____ 経験年数：技師経験 _____ 年
検体採取等に関する厚生労働省指定講習会（ 受講 ・ 未受講 ）
【連絡欄】

1枚に2名記入できます。不足の場合はコピー願います

※ 受付通知を送りますので、ご施設のFAX番号を必ずご記入ください。  
10日以上経過しても通知が届かない場合は、北臨技事務局までお問い合わせください。

※ 受講者名簿は受講者に配布します。

北臨技処理

---

---

---