

## 臨床検査改革セミナー（3/10）申込書

※ 申込締切：平成30年2月26日（月）

申込先FAX：011-786-7073

施設名 _____ 部科(課)名 _____ 電 話 _____ F A X _____ ※
氏名 _____ 会員番号 _____ 担当部門： _____ 経験年数：技師経験 _____ 年 意見交換会（参加費3,500円）（ 参加 不参加 ）
氏名 _____ 会員番号 _____ 担当部門： _____ 経験年数：技師経験 _____ 年 意見交換会（参加費3,500円）（ 参加 不参加 ）
【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。

北臨技処理

\_\_\_\_\_