

# F A X 申 込 書

申込み締め切り：平成 30 年 8 月 20 日（月）

FAX 023-682-0124 （山形済生病院 臨床検査部）

氏名 \_\_\_\_\_

検査技師の方 日臨技会員番号 \_\_\_\_\_

他職種の方 職種 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_ 部科（課）名 \_\_\_\_\_

施設住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

**\* E-mail アドレス** \_\_\_\_\_

（ **必須** 明確にご記入ください ）

修了証書の発行 （ 要 ・ 不要 ）

情報交換会 （ 出席 ・ 欠席 ）

《ホームページから事前申込ができない方（他職種など）はご利用ください》