

臨床検査技師のための認知症対応力向上講習会B（10/27,28 帯広）申込書

※ 申込締切：10月11日（木） FAX：011-786-7073

施設名 _____ 部科(課)名 _____
電 話 _____ FAX（必須） _____
氏名 _____ 日臨技会員番号 _____
担当部門： _____ 経験年数：技師経験 _____ 年
(必須 鮮明に) 連絡先アドレス： _____ @ _____
氏名 _____ 日臨技会員番号 _____
担当部門： _____ 経験年数：技師経験 _____ 年
(必須 鮮明に) 連絡先アドレス： _____ @ _____
【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、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付します。