

臨床検査技師のための認知症対応力向上講習会B（11/4,5）申込書

※ 申込締切：10月20日（金） 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) 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) 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。