

参加申込書

(社)福島県臨床衛生検査技師会会長 殿

平成 21 年 月 日

平成 21 年度第 17 回福島県臨床検査精度管理調査事業報告会並びに
学術講演会に参加をいたします。

施設名 _____ TEL _____

会員番号	氏名	お弁当を希望方は ○を付けて下さい	領収書が必要な方は ○を付けて下さい
	代表者		

《申込先》 〒974-8232 いわき市錦町落合 1-1 呉羽総合病院 検査科 山口順市
TEL 0246-63-2181 FAX 0246-63-2523(検査科直通)

<会場案内地図>

