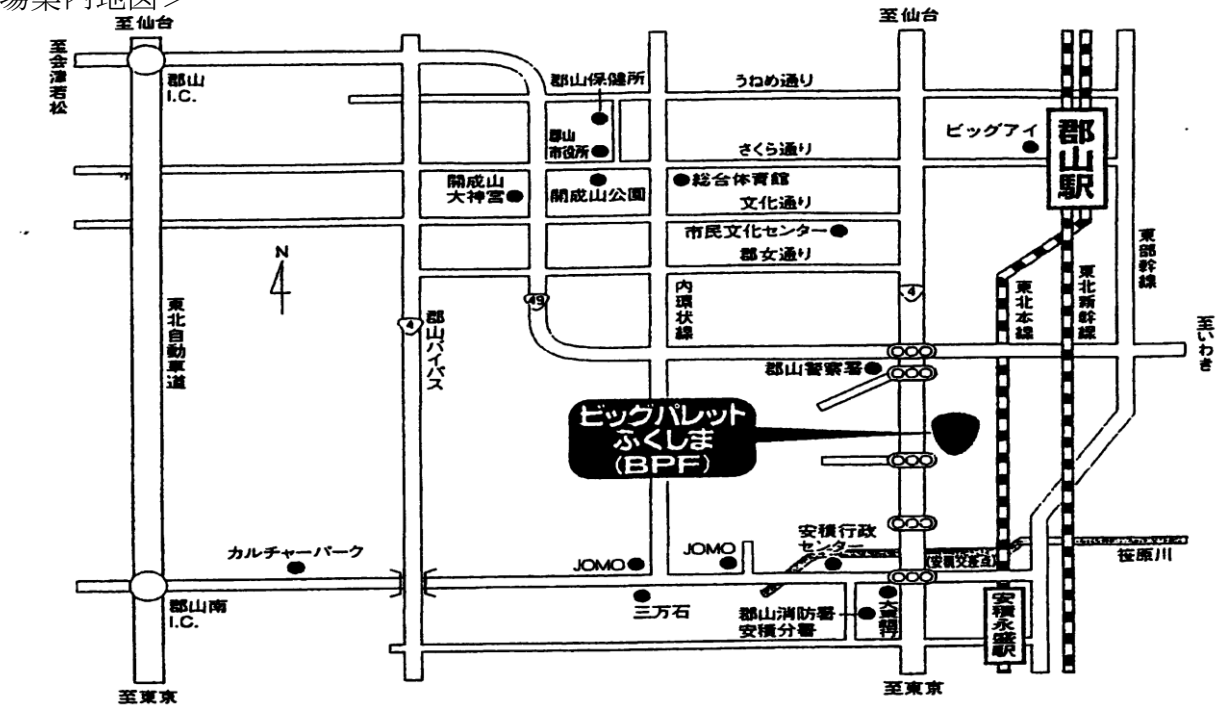
参 加 申 込 書

(社)福島県臨床衛生検査技師会会長 殿　　平成 22 年　　月　　日

平成 22 年度第 18 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	お弁当を希望方は〇を付けて下さい	領収書が必要な方は〇を付けて下さい
	代表者		

《申込先》〒960-1295 福島市光が丘 1 福島県立医科大学附属病院 検査部 佐々木義和
TEL 024-547-1466(直通)　FAX 024-547-1477(検査科直通)

＜会場案内地図＞