

# 参加申込書

平成27年 月 日

平成27年度第23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(参加費を含む)を希望の方は○を付けて下さい	報告書の部数および参加費の領収書が必要な方は◎と記載して下さい
	代表者		

《申込先》 〒965-8585 会津若松市山鹿町3-27 竹田綜合病院 臨床検査科 高田直樹  
 TEL 0242-29-9924(直通) FAX 0242-29-9824(直通)

＜会場案内地図＞ → に添ってお進みください (どちらからも入れます)

