

参加申込書

平成29年 月 日

平成29年度第25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。

社名 _____

TEL _____

氏名	お弁当(参加費に含む) を希望の方は ○を付けて下さい	報告書の部数 (領収書有)	備考

※尚、領収書は参加した全員の方へお渡しいたします。

《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)

