

# 参加申込書

平成 30 年 月 日

平成 30 年度第 26 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(部数)	備考

《申込先》 〒963-8558 郡山市西ノ内 2-5-20 太田西ノ内病院 臨床検査科検体検査科 田村 功  
 TEL 024-925-1188(内線 30301) FAX 024-925-8835(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)



