

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。

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》 〒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)

