

FAX 0246-76-0013

臨床検査技師用

第7回いわき超音波ハンズオンセミナー申込書

①特別講演 ②ライブデモンストレーション ③ハンズオンに参加される技師の人数を、会場準備の都合上把握したいと考えております。お手数ですが下記にご記入の上、この用紙を **FAX** 又は **E-mail** mt4@kashima.jp (施設名、申込みされる技師の会員番号と氏名を**A**か**B**に分けて入力してください)で

平成 31 年 **2 月 8 日(金)** までに、かしま病院 柴田へお知らせください。

※ハンズオンは締切日(2月8日)前に募集人員に達した場合、見学でお願いします。

※ハンズオンの見学は自由にできます。ハンズオン見学の場合は、**A**で申込みをお願いします。



施設名 _____

A ①特別講演と②ライブデモンストレーションに参加します

会員番号

氏名

会員番号

氏名

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

B ①特別講演と②ライブデモンストレーションに参加と③ハンズオンに申込みします

会員番号

氏名

会員番号

氏名

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____