（別紙）

参加申込用紙

参加を希望する方は、下記の必要事項をもれなく記載して頂き、メールまたは郵送にてお申し込みください。

尚、締め切りは**11月14日（木）**とさせて頂きます。

申込み受付後、1週間以内に受付確認とプログラム等の資料をメールでお送りしますので、**必ずメールアドレスは**

**記入**して下さい。

受付確認メールが届かない場合は、お手数ですが問合せ先までご連絡ください。

問合わせ先：竹田綜合病院　臨床検査科　高田直樹　（TEL　0242-29-9924）

　　　　　　　　〒965-8585　会津若松市山鹿町3-27

**E-mail アドレス**：　**takada.na@takeda.or.jp**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会名 | ベッドサイド実践講習会 |
| 施設名 |  |
| 施設住所 | 〒 |

会員１

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| ふりがな漢字氏名 |  |
| 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail　アドレス |  |

会員２

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| ふりがな漢字氏名 |  |
| 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail　アドレス |  |

研修会担当：一般社団法人　福島県臨床検査技師会

　　　　　　　一般財団法人　竹田健康財団　竹田綜合病院　臨床検査科

　　　　　　　高田　直樹　　TEL　0242-29-9924　　E-mail：takada.na@takeda.or.jp