平成 23 年度東北臨床技師会血液検査部門研修会参加申込用紙

山形大学医学部附属病院検査部　血液検査室　叶内和範　宛
〒990-9585　山形県山形市飯田西 2-2-2
TEL　023-628-5680　FAX　023-628-5689
E メールアドレス　kkanouci@med.id.yamagata-u.ac.jp

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E メールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加者氏名	性別	会員番号	参加コース	備考
	男・女			
	男・女			
	男・女			
	男・女			
	男・女			

参加コースを選んで記入して下さい。
A コース：研修会参加費＋宿泊費（情報交換会費も含む）18,000 円
B コース：研修会参加費＋情報交換会費（夜帰り）15,000 円
C コース：研修会のみ　　　6,000 円
D コース：一日研修会のみ　　4,000 円

注 1）研修会で名簿を作成しますが、掲載を希望されない方は、備考欄に「掲載を拒否します」等をご記入ください。お申し出のない場合は、名簿掲載に同意いただいたものとします。

注2）　部屋割りは事務局に一任ください。

注3）　情報交換会の景品として参加者の皆様の地元ご当地の名産，お土産，お酒等 1,000 円程度のものを持参お願い致します．受付にて事務局が 1,000 円にて買い取らせていただきます．