

参加申込用紙

参加を希望する方は、下記の必要事項を漏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**12月20日(木)**とさせていただきます。

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:竹田総合病院 臨床検査科 高田直樹 (TEL 0242-29-9924)

E-mail アドレス: takada.na@takeda.or.jp

研修会名	多職種連携のための臨床検査技師能力開発講習会
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 竹田総合病院 臨床検査科

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