

# FAX 0246-76-0013

## 臨床検査技師用 第8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ハンズオンレクチャー 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](mailto: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

令和2年2月7日(金)までに、かしま病院 柴田(下記)へお知らせください。

※ハンズオンは定員に達した場合、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ハンズオンレクチャーに参加します

会員番号

氏名

会員番号

氏名

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

### **B** ①特別講演と②ハンズオンレクチャーに参加と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

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