

第 23 回関甲信支部・首都圏支部免疫血清検査研修会参加申込書
 (こちらのファイルを添付していただいても結構です。)

送信元

氏名 : _____

Mail : _____

ふりがな		性別	年齢
氏名		男・女	
勤務先・ 所属部署名			
勤務先住所・ 電話番号	〒 _____ 電話 _____ (内線 _____)		
所属技師会名		会員番号	
担当業務		経験年数	
免疫血清 検査の経験	あり・なし (ありの場合、経験年数・検査内容を書いて下さい。)		

参加費区分 A・B・C・D (全日程参加の方はBとDを残してAとCを消して下さい。)

シャトルバス (軽井沢中央公民館～サアラ軽井沢ホテル) を運行します。希望者は下記にレ点をしてください。

□6/11 (土) (軽井沢中央公民館発) 17時 50分

□6/12 (日) (サアラ軽井沢ホテル発) 8時 20分

通信欄 (質問等がありましたら下記にご記入ください)

* 専門教育研修課程履修中の方はカッコに「履修」と明記してください。()

申し込み先 〒305-8576

茨城県 つくば市 天久保 2-1-1

筑波大学附属病院 検査部

第 23 回関甲信支部・首都圏支部免疫血清検査研修会

実行委員長 渡邊 真博

TEL : 029-853-3684

FAX : 029-853-7032

e-mail : mwatanabe-tuk@umin.ac.jp

(記入しないでください)

月

日

受付 No.