平成　　　年　　　月　　　日

**検査室マネジメント研修会（Ⅰ）申込書**

1.　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日臨技会員番号（必須）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　※未加入者は、未加入とご記入ください。

2.　勤務先

3.　勤務先所在地

4.　連絡先

電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

メールアドレス：

5.　参加費　10,000円／日（当日受付にてお支払いください。）

通信欄

＊事務局記入欄

受付月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番　号

**FAX送付先：つくば臨床検査教育・研究センター　　０２９－８５６－５２２６**