

肺がんCT検診認定技師に関する講習申込書

研修会開催日 平成23年2月25日(金)

申込ファックス番号：03-5442-5937

申込年月日：平成 年 月 日

機関番号						※受付番号
勤務先						
受講者氏名						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所 (連絡先)	〒 -					
	受講票・請求書の送付先					
	FAX	-	-	-	-	
	電話	-	-	-	-	
受講料	<input type="checkbox"/> 12,000円／1名(税込) 11時からの「X線検査と被爆管理」の聴講を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (希望する方には昼食を準備します。)					
お申込み	・研修会参加日の3カ月前から受け付けます。 ・お申込み期限：平成23年1月20日 ・先着50名で締め切らせていただきます。					

◎お問い合わせは 全衛連事務局 電話：03-5442-5937 までをお願いします。