▲

送信方向

# 平成 29 度 日臨技中部圏支部
# 第 34 回臨床一般部門研修会申込書

◆ 下記の申込書に必要事項をご記入の上、FAX または郵送にて**研修会事務局**までお申し込み下さい。
申し込み確認後、参加費振り込みのご案内をさせていただきます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | ①日臨技会員番号 | |
| ②氏名 | | ③年齢・(性別) | (男・女) |
| ④施設名 | | | |
| ⑤施設住所 | 〒<br><br>TEL : FAX : | | |
| ⑥E-mail | (正確にご記入ください。ハイフン、アンダーバー等、必要に応じてふりがなをお願いします。) | | |
| ⑦経験年数 | 年 月 | ⑧認定一般検査技師 | 有 ・ 無 |
| ⑨2日目の交通手段 | 車・公共交通機関 | ⑩情報交換会参加 | 有 ・ 無 |
| ⑪実習選択 | 穿刺液実習① | 初級コース ・ 中・上級コース | |
| | 尿沈渣実習② | 初級コース ・ 中・上級コース | |

**FAX 番号/058-297-3101**

【注意事項】
◆ 1日目の研修会会場には、無料駐車場はありません。有料駐車場はありますが、駐車料金は各自でご負担ください。また、できる限り公共交通機関のご利用をお願いします。
◆ 2日目の岐阜大学医学部へもできる限り公共交通機関のご利用をお願いします。
自動車でお越しの場合は、病院駐車場をご利用いただき駐車券を会場までお持ちください。
無料駐車券と引き換えいたします。
◆ 宿泊先は、各自でご用意いただきますようお願いします。
◆ 実習の選択は申し込み先着順とさせていただきます。ご希望に沿えないこともありますので、ご理解の程よろしくお願いします。