

平成28年度血管模型作成講習会 参加申込書

(様式はホームページにも掲載いたします)

公益社団法人青森県診療放射線技師会 soum@aomori-medart.jp FAX 017-763-0934

〒030-8083 青森市安方二丁目17番15-802号 ライオンズマンション新町通
公益社団法人 青森県診療放射線技師会 御中

平成30年9月29.日開催の血管模型作成講習会に参加するので申し込みます

施設住所	〒 -	受講票を送りますので 必ずご記入ください
施設名		施設名をご記入ください
所属名		所属をご記入ください
氏名		氏名をご記入ください
職種		職種をご記入ください
会員情報 臨床工学技士・臨床検査技師・診療放射線技師会のみ記載してください	<input type="checkbox"/> 青森県臨床工学技士会 <input type="checkbox"/> 青森県臨床検査技師会 <input type="checkbox"/> 青森県診療放射線技師会 会員番号()	該当にレを記入してください 会員番号をご記入ください
参加する講習会	<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 腹部血管 <input type="checkbox"/> 冠動脈(初心者大歓迎) <input type="checkbox"/> 脳静脈 (この講習会の参加者で脳動脈模型を経験し当日、脳動脈模型をご持参できる方(動脈と静脈を合体します))	該当にレを記入してください
情報交換会	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	

参加者の正確な把握と会費の確認のためメールに添付、FAX または郵送で申し込みください。