**日臨技指定講習会参加申込用紙**

FAX送付先：長岡赤十字病院　検査技術室　高頭　秀吉

FAX：0258-28-3800 **(内2318)**

**A：FAXまたは郵送での申込み**

下記の申込書に必要事項をご記入の上、事務局までFAXまたは郵送にて研修会事務局まで直接お申し込み下さい。後日受領確認案内をお申し込み頂いたFAXまたは郵送にてご案内します。

|  |  |
| --- | --- |
| **参加区分** | A：2日間（講演会・実技講習）　B：1日（講演会のみ）　 |
| **所属県名** |  |
| **会員番号** |  |
| **漢字氏名（ふりがな）** |  |
| **性別** | **男性　　　　　　　　　　　女性** |
| **年齢** |  |
| **施設名** |  |
| **所属部署** |  |
| **施設住所（連絡先）** | **〒** |
| **電話番号/FAX番号** |  |
| **連絡用Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  |

**B：Eメールでの申込み**

1)所属県名　2)会員番号　3)漢字氏名(ふりがな）　4)性別　5)年齢　6)施設名　7)所属部署

8)施設住所　9)電話番号　10)FAX番号　11）連絡メールアドレス

以上1)～11)を列記し下記アドレスへメール送信してください。

受付確認返信メールがない場合は、事務局までお問い合わせ下さい。

 **kaz\_kohe@ybb.ne.jp**

このアドレスは、申込み専用です。

**宿泊の手配は、参加者各自でお願い致します。**

締め切りは平成2７年９月５日（土）です。