　　　年　　　月　　　日

**細胞診標本実習（初心者対象）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.　受講時間 【どちらかにレ印を付けてください】

　　　☐午前の部①（10月23日 9:30 ～ 12:30、10月24日 9:00 ～ 12:00）

　　　☐午後の部②（10月23日 13:30 ～ 16:30、10月24日 13:00 ～ 16:00）

6.　参加費　6,000円（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**