

# 日本臨床検査専門医会平成29年度教育セミナー参加申込書

FAX 送信先: 03-5823-4110 (日本臨床検査専門医会事務局) または  
PDFファイル送信先: senmon-i@jacplp.org

※明瞭な文字でご記入くださいますようお願いいたします。

記入日: 平成29年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

参加者氏名: フリガナ \_\_\_\_\_

日本臨床検査専門医会 (  会員  非会員・・日本臨床検査専門医会に入会申し込み中)

所属施設名: \_\_\_\_\_

連絡先: (事務局またはセミナー実施施設からの連絡、郵送物お届け先)

ご所属先  ご自宅

連絡先所在地: 〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## 臨床検査専門医の認定取得について

本年度専門医試験受験予定の有無 \_\_\_\_\_ 有 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 無 \_\_\_\_\_

来年度以降専門医試験受験予定の有無 \_\_\_\_\_ 有 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 無 \_\_\_\_\_

通信欄: \_\_\_\_\_

★当日のご案内は、連絡先メールアドレスにお送りいたします。郵送ご希望の場合は、その旨お知らせください。

お問い合わせ先: 日本臨床検査専門医会事務局

〒101-0027

東京都千代田区神田平河町1番地 第3東ビル908号

電話: 03-3864-0804 FAX: 03-5823-4110

E-mail: senmon-i@jacplp.org

事務局使用欄:  申込書到着連絡

受付完了連絡

詳細案内