

日本臨床検査専門医会平成30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@jaclp.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30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…教育セミナーと同時申し込みも可能)

※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予定等について (いずれかにを入れてください)

- ①日本臨床検査専門医会所属で専門医受験資格を有し、今年受験の予定の方
- ②日本臨床検査専門医会所属で専門医受験資格を有し、来年以降受験予定のある方
- ③日本臨床検査専門医会所属で専門医受験資格は有していない方
- ④日本臨床検査専門医会所属ではないが、臨床検査医学に興味・関心のある方

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@jaclp.org