

## 第8回上部消化管検査認定講習会申込書

受講希望日 (をつけてください)	埼放技会員 全課程(試験含む)	5,000円
	埼放技非会員 全課程(試験含む)	8,000円
受講申込者氏名		
勤務先		
勤務先所在地  〒		
勤務先電話番号		
勤務先FAX番号		
技師会会員番号		
Eメールアドレス		

送付先 : 〒331-0812 埼玉県さいたま市北区宮原町2丁目51番地39

社団法人 埼玉県放射線技師会

TEL 048-664-2728 FAX 048-664-2733

FAXにて送付して下さい。