

埼玉県放射線技師会主催セミナー申込書

受信者

FAX 048-664-2733

社団法人埼玉県放射線技師会

| | | |
|---------------|------------------|-----|
| セミナー名 | 臨床医学セミナー（金森セミナー） | |
| 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(で囲んで下さい) | 会員 | 非会員 |

FAX、郵送で送付願います

送付先：〒330-0038 さいたま市宮原町2丁目51番地39

社団法人 埼玉県放射線技師会

問い合わせ：埼玉県放射線技師会副会長 橋本里見 (s-hashimoto@sart.jp)