

第2回CT認定講習会
第2回地域読影講習会

セミナー申込書

受 信 者	FAX番号:048-664-2733 (社)埼玉県放射線技師会
送 信 者	氏 名 _____
	施 設 名 _____
	〒 _____ 施設住所 _____

下記のとおり送信いたしますので、よろしくお願いいたします。

参加申込者氏名	1) _____	2) _____
	3) _____	4) _____
勤務先名	_____	
勤務先住所	_____	
勤務先電話番号	_____	
勤務先 FAX 番号	_____	
技師会番号	1) _____	2) _____
	3) _____	4) _____

送付先: 〒330-0038
 さいたま市北区宮原町 2-51-39 (社)埼玉県放射線技師会
 TEL 048-664-2728
 FAX 048-664-2733

- 巻頭言
- 公 示 会 告
- お知らせ
- 総会資料
- 学術大会
- 学術特集
- (学 術 原 著)
- 動 本 会 会 誌 きの
- 掲 各 地 示 示 地 板 区
- 自 由 投 稿
- 議 事 録
- 動 会 員 員 向 向 の
- 役 員 名 簿
- 投 稿 規 定
- シ 年 間 ス ー ル ケ
- 申 F 込 A 書 X