

第2回CT認定講習会
第1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
- 告 示 会 告
- お知らせ
- 学術特集
- 報 告
- 動本会
きの
- 紹 介
- 掲各
示地
板区
- 自由
投稿
- 議 事 録
- 動会
員 向
の
- 役員
名簿
- 投稿
規定
- ジ年
コ間
丨ス
ルケ
- 申 F
込 A
書 X