

フレッシュャーズセミナー・平成24年度第14回SARTセミナー申込書

受講申込者氏名(複数人でも結構です)	
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(未入会の方「未入会」と書いてください)	
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

公益社団法人埼玉県診療放射線技師会

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

FAXにて送付して下さい。