

日本放射線技師会 ADセミナー申込書

(社)大阪府放射線技師会会長殿

下記の通り、ADセミナーを申し込みます

受講科目	医療学	・	医療安全学
------	-----	---	-------

*希望科目に をして下さい(1科目5000円)

申込年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

フリガナ		性別
氏名	印	M・F

日放技番号		所属技師会名	
-------	--	--------	--

勤務先名	
勤務住所	
勤務先電話番号	
E-mail	

*連絡に使用しますアドレスをお持ちの方は必ず記入して下さい

自宅住所	
自宅電話番号	

免除講義名	
-------	--

通信欄
