

肺がんCT検診認定技師の更新講習会受講申込書

講習会開催日 平成29年2月17日（金）

申込ファックス番号： 03-5442-5937

申込年月日：平成 年 月 日

機関番号						※受付番号
勤務先						
受講者氏名	フリガナ					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所 (連絡先)	〒 —					
	受講票・請求書の送付先					
	FAX		—	—		
	電話		—	—		
受講料	12,420 円 / 1名（税込） 昼食（お弁当付き）					
お申込み	<ul style="list-style-type: none">・申込み期限； 平成29年1月13日・先着50名で締め切らせていただきます。					

◎お問合せは

全衛連事務局 電話：03-5442-5934 までをお願いします。