

【第3回 愛知県診療放射線技師会 マンモグラフィ講習会申込書】

所属先技師会	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県
技師会会員番号	
ふりがな	
氏名	
年齢	
施設名	
所属	
マンモグラフィ従事歴	年
勤務先住所	〒
勤務先電話番号	
メールアドレス	※ 受講詳細を送付するメールアドレスになります。 携帯以外の個人宛メールアドレスをご入力下さい。
試験で A・B ランクに 認定された場合の名簿 公表について	<input type="checkbox"/> 公表済み <input type="checkbox"/> 了承する <input type="checkbox"/> 了承しない
臨床写真持参について	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD
受講歴があつて認定が 取れていない場合	受講年月 受講した講習会名
その他連絡事項などご 記入ください。	

※ 振込確認後の受験票の郵送先は申し込み勤務先です。

郵送希望先が申し込み勤務先と異なる場合のみ、郵送希望先をご記入ください。