**送信先 ： 結核予防会研修担当**

**事業部普及広報課　本田 〆切令和2年2月21日（金）必着**

**E-mail:hhonda@jatahq.org**

**FAX:03-3292-9208**

公益財団法人日本対がん協会・公益財団法人結核予防会共催

令和元年度診療放射線技師研修会　**参加申込書**

**勤務先名**

**（支部名　　　　　　　　　　支部）**結核予防会支部の方はご記入ください。

**勤務先住所　〒**

**ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ**

**E-Mail**

**担当者部署　　　　　　　　　　　　担当者名**

**参加者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **所属部署** |  |  |
|  |
| **（ふりがな）**  **氏　　　名** | **(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )** | |

**結核研究所宿舎申込み　　（　する　　・　しない　　）**

★結核研究所研修宿舎のご利用希望の方は別紙宿舎利用案内をよくお読みのうえ、

お申込みください。

問い合わせ：結核予防会事業部普及広報課　本田　ＴＥＬ　０３－３２９２－９２８8

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |