

ADセミナー

(社) 京都府放射線技師会

第2回 医療学セミナー受講申し込み書

(社) 京都府放射線技師会会長殿

下記のとおり、第2回 医療学セミナー受講を申し込みます

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

フリガナ		印 鑑	年齢	性別 M ・ F
氏 名				

所属技師会	
会員番号	

フリガナ	
自宅住所	(〒)
TEL・FAX	
E-MAIL	

勤務先	
勤務先住所	(〒)
勤務先電話番号	

テキスト 患者からみた医療	要	不要
------------------	---	----