

FAX送信先: 関西医科大学附属枚方病院 生理機能検査
高田 厚照 宛

FAX番号: 072-804-2869

第3回大阪府臨床検査技師会ICLSコース申し込み

氏名	
ふりがな	
生年月日	
臨床検査技師登録番号	
施設名	
施設住所	〒 電話番号 FAX番号
資料送付先 上記と異なる場合	〒 電話番号 FAX番号
メールアドレス	
業務内容	
業務経験年数	
緊急連絡先	

緊急連絡先はコース開催当日の出欠の確認に使用します

携帯電話番号・携帯メールアドレスを記載ください