

別紙 3

公益社団法人 大阪府臨床検査技師会宛

FAX:大臨技事務所 (06-6763-5653)

## 受講承諾書

(兼 受講者受講申込書)

※表内は受講可派遣者又は受講希望者本人が記入する。

受講対象	平成 28 年度日臨技、大阪府臨床技師会主催「検査説明・相談ができる臨床検査技師育成講習会」
受講者氏名	
受講者所属施設	
受講者所属部署	
電話番号	
※ メールアドレス	
受講日	平成 28 年 9 月 24 日～25 日
受講場所	ホテル NCB (中之島センタービル)
受講料	10,000 円
受講料の負担	施設負担 ・ 本人負担 (いずれかに○)
受講者の義務	① 受講を通じて、医師の指示の下で「検査説明・相談」業務を必要に応じて担当できる能力・知識を習得すること。 ② 受講後も自己研鑽を重ね、患者接遇を含む能力の向上に継続して取り組むこと。 ③ 受講料が施設負担となる場合、受講後の 1 週間以内に施設長が指名する先に対して受講レポートを提出すること。

※ メールアドレスは資料配布等に使用しますので必ず記入下さい。

平成 28 年 8 月 日

受講承諾を条件に、受講者の義務を遵守して受講を申し込みます。

日臨技会員番号 \_\_\_\_\_

受講者(本人) \_\_\_\_\_  
(自著または印)

上記の受講を承諾します。

所属施設における受講承諾者名 \_\_\_\_\_  
(自著または印)