

FAX

送付先：日本臨床細胞学会事務局 御中

発信元：

FAX 番号：03-3233-6698

送付枚数：全枚数(本票を含む) 枚

電話番号： _____

日 付： 2018年 月 日

件 名： 第 127 回細胞検査士養成講習会申込み

至急！

ご参考まで

ご確認ください

ご返信ください

ご閲覧ください

FAX 送付先：03-3233-6698

【提出期限：2018年5月18日（金）】※必着

第 127 回細胞検査士養成講習会の受講希望

講習会期間：2018年7月2日（月）～7月14日（土）

開催場所：東京医学技術専門学校 本校舎(第1校舎)

〒130-0015 東京都墨田区横網 1-10-8 TEL 03-3626-4111

※は必須記載項目です

氏 名※	
メールアドレス※	
電 話 番 号※ 必ず連絡の付く番号をご記載ください	勤務先・自宅・携帯 ←いずれか該当するものを○で囲んでください
自 宅 住 所※	〒 _____
所属先名・部署名	
所 属 先 住 所	〒 _____
郵送物等送付先※	自 宅 ・ 所属先

* 応募者数が定員を上回った時は抽選を行います。