

第17回 細胞診基礎コース（2014-1st）（旧ドクターコース）申込み用紙

E-mail adress : byourikensa-k@mcp-saitama.or.jp

FAX NO. : 048-295-3845

埼玉協同病院 検査科病理 三升畠 奈穂 宛

施設名

TEL

優先順位

氏名

メールアドレス

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____

注意 1) 原則的に先着順ですが、定員を越えた場合にはこちらで調節します。

2) 申込み者の施設間の偏りを避けるため同一施設で多人数応募の際は参加者の調整をさせて頂くことがありますので、施設内での優先順位を付記してください