

第 24 回埼玉県細胞診ワークショップ用 申込み用紙

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

FAX NO. : 048-295-3845

埼玉協同病院 検査科病理 三升畑 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
(1 施設で多数の申し込みの場合は7人までとし、それ以上は順位を付けてもらい参加状況確認後空席に入れることとします)