

平成30年度 診療報酬改定説明会参加申込書(非会員用)

申込みFax番号:03-3768-6722

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏名		男・女	年 月 日
勤務先名			
勤務先所在地	〒		
電話・FAX・E-mail	電話 ()	内線	
	FAX		
	E-mail		
<p>【通信欄】</p> <p>非会員様における受講料は3,000円となります。</p> <p>下記、お振込先へ3月14日(水)までにご送金をお願いいたします。</p> <p>みずほ銀行 大森支店 普通 2423727 一社)日本臨床衛生検査技師会</p> <p>(下段へは記入しないでください)</p>			
受付	月 日	No.	