

平成29年度第1回
細胞診従事者講習会申込書
(東京都生活習慣病検診従事者講習会)

平成29年10月21日(土) 9時30分から17時00分まで
東京都がん検診センター 3階講堂にて 実施する講習会を申込みます。

- 1 氏名 ふりがな _____ (ふりがなをつけてください)
- 2 職種 (該当するものに○をしてください。)
細胞検査士 ・ 臨床検査技師 ・ 医師
その他 () _____
細胞検査士資格 (未取得の場合は「なし」と表示してください)
JSC No. _____ IAC No. _____

3 細胞診の経験年数 _____年

4 現在の勤務施設

施設名 _____

所在地 〒 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

細胞診指導医名 (フルネームで) _____

注：受講いただけない場合のみ連絡いたしますので、EメールまたはFAXのどちらかを必ずご記入ください。また、定員間近の場合、インターネット予約が優先となる場合がございます。ご了承ください。

《会場》 東京都がん検診センター 3階講堂
〒183-0042 東京都府中市武蔵台2丁目9番2号
TEL : 042-327-0201 FAX : 042-327-0297

- JR中央線・武蔵野線「西国分寺駅」
徒歩 15分
西国分寺駅南口「総合医療センター」行バス 終点下車
(所要時間 5分)
- JR中央線「国分寺駅」
国分寺駅南口「総合医療センター」行バス 終点下車
(所要時間 10分)
- JR中央線「国立駅」
国立駅南口「総合医療センター経由 府中駅」行バス
終点下車
(所要時間 10分)
- 京王線「府中駅」
「国立駅」行バス 総合医療センター下車
(所要時間 20分)

