

(FAX 042-327-0297) 東京都がん検診センター 経理係 吉田 あて

平成29年度 東京都がん検診センター
胃X線検査従事者講演会 受講申請書

日時:平成30年2月17日(土) 14時00分～16時00分

ふりがな 氏 名	
勤務先名称	
勤務先住所	〒 _____
電話番号	
FAX (受講可否の連絡先)	
職 種	医師・診療放射線技師・臨床検査技師・事務・保健師 その他()
従事年数	

※ 受講できない場合のみご連絡いたしますので、FAX をご記入ください。