

平成29年度 東京都がん検診センター
第1回乳がん検診従事者講演会 受講申請書

日時:平成30年1月12日(金) 18時~20時

ふりがな 氏 名	
勤務先名称	
所 属	
勤務先住所	〒 _____
電話番号	
FAX	
職 種	医師・診療放射線技師・臨床検査技師・その他()

※ 受講できない場合のみご連絡いたしますので、FAX 番号をご記入ください。