

平成29年度 東京都がん検診センター  
第2回乳がん検診従事者講演会 受講申請書

日時:平成30年2月3日(土) 14時~16時

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| ふりがな<br>氏 名 |                          |
| 勤務先名称       |                          |
| 勤務先住所       | 〒 _____                  |
| 電話番号        |                          |
| FAX         |                          |
| 職 種         | 医師・臨床検査技師・診療放射線技師・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。