**第7回 静岡県医学検査学会　参加申込書**

日　時：平成29年6月10日(土)　　会　場：あざれあ(静岡市)　6階大ホ－ル

受　付：9時から　　開会：9時30分　　閉会：16時30分

学会参加費：会員及び学生￥2,000、非会員\4,000　※当日受付にてお支払いください。

　申込日　平成29年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 | （会員番号．　　　　　　　　　） |
| 施設名 | 　　　　　　　　（施設No．　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 住所〒TEL　　　　　　　　　　　　　　　 FAX　　　　　　　　　　　　　E-mail　 |
| （連絡事項） 　　　 |

| ランチョンセミナー参加希望 | □参加 ⇒ □ ﾛｼｭ･ﾀﾞｲｱｸﾞﾉｽﾃｨｯｸｽ株式会社（遺伝子検査）　　　　□ ｵｰｿ･ｸﾘﾆｶﾙ･ﾀﾞｲｱｸﾞﾉｽﾃｨｯｸｽ株式会社（ﾁｰﾑ医療）□ ｱﾎﾞｯﾄ･ｼﾞｬﾊﾟﾝ株式会社（免疫検査）□ 東芝ﾒﾃﾞｨｶﾙ･ｼｽﾃﾑｽﾞ株式会社（生理検査）□不参加 　　　　 ※□にチェックを入れてください。お申し込みは先着順に受付けます。 |
| --- | --- |

**平成29年度 会員親睦会　参加申込書**

第7回 静岡県医学検査学会終了後

会　場：あざれあ　小ホール

受　付：16時40分から　　開　宴：17時00分

参加費：会員・賛助会員 ３,000円　※会場受付にてお支払いください。

申込日　平成29年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 | （会員番号．　　　　　　　　　） |
| 施設名 | （施設No．　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 住所〒TEL　　　　　　　　　　　　　　　 FAX　　　　　　　　　　　　　E-mail　 |
| （連絡事項） |

**・申込書に必要事項を記入し、静臨技事務所宛にFAXをお願いします。**

**・提出締切日：5月19日(金)** 　**多数のご参加をお待ちしています。**

**送付先：静臨技事務所FAX 054-287-4113**