

施設・連絡責任者登録申請書

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(一社) 静岡県臨床衛生検査技師会 行

施設・連絡責任者について、下記のとおり登録申請します。

申請者氏名	(日臨技会員No. _____)						
申請種別	(選択してください)						
施設番号	9						(数字 7桁)
施設名称							
所属部署							
施設責任者	フリガナ						
	氏名						
	日臨技会員No.						(数字 6桁)
連絡責任者	フリガナ						
	氏名						
	日臨技会員No.						(数字 6桁)
e-mail アドレス							

※ 登録内容に変更が生じた場合、速やかに静臨技事務所へ届け出てください。

申請書送付先：静臨技事務所

〒422-8062 静岡市駿河区稲川1-1-15 ヴィラセイユ稲川 207号室

TEL：054-287-6337

FAX：054-287-4113

E-mail：samtjim@samt.or.jp

(以下、静臨技記入欄)

受理年月日： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日