（様式はホームページにも掲載いたします）

平成３０年度血管模型作成講習会　参加申込書

公益社団法人青森県診療放射線技師会　soumu@aomori-medart.jp　FAX 017-763-0934

〒030-8083　青森市安方二丁目１７番１５-８０２号　ライオンズマンション新町通

公益社団法人 青森県診療放射線技師会　御中

平成３０年９月２９日開催の血管模型作成講習会に参加するので申し込みます

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設住所 | 〒　　　-　　　　 | 受講票を送りますので必ずご記入ください |
| 施設名 |  | 施設名をご記入ください |
| 所属名 |  | 所属をご記入ください |
| 氏　　名 |  | 氏名をご記入ください |
| 職　種 |  | 職種をご記入ください |
| 会員情報臨床工学技士・臨床検査技師・診療放射線技師会のみ記載してください | □　青森県臨床工学技士会□　青森県臨床検査技師会□　青森県診療放射線技師会会員番号（　　　　　　　　　　　　　　　　） | 該当にレを記入してでください会員番号をご記入ください |
| 参加する講習会 | □　脳血管□　腹部血管　　　　　　　　□　冠動脈（初心者大歓迎）□　脳静脈（この講習会の参加者で脳動脈模型を経験し当日、脳動脈模型をご持参できる方（動脈と静脈を合体します） | 該当にレを記入してでください |
| 情報交換会 | □参加　　　　□不参加 |  |

参加者の正確な把握と会費の確認のためメールに添付、FAXまたは郵送で申し込みください。