

第1回核医学専門技師研修セミナー申請書

(様式2)

専門技師認定番号：

整理番号：(機構記載)

*フリガナ

*氏名：

*所属勤務先名：

~~~~~(認定機構記入欄)~~~~~

受付チェック(認定機構記入) 担当委員氏名( )

専門技師認定確認

受講番号

午前 受講

午後 受講

確認試験

受講料振り込み記録(機構事務局記入)

受講料入金確認日： 月 日

~~~~~

(受講者は*記入項目は必ず記入してください)

*受験者住所：〒

*電話：

*メールアドレス：