

2024 年度 輸血検査実技講習会 参加申し込み用紙

FAX 送付先：沖縄赤十字病院 医療技術部第一検査課 仲宗根 雅司

F A X : 0 9 8 - 8 3 1 - 9 7 1 2

* F A X による申し込み

下記の申し込み内容を全てご記入の上、事務局まで F A X でお申し込み下さい。F A X での対応が難しい方は、事務局までお電話いただいた後、郵送でのお申し込みをお願い致します。

1 週間後に受領確認案内メールを事務局からメールと F A X でご案内します。

| 申込コース | 基礎コース | 応用コース |
|---------------|-------|-------|
| 氏名漢字（ふりがな） | | |
| 性別 | 男性 | 女性 |
| 輸血検査経験年数 | | |
| 施設名 | | |
| 所属部署 | | |
| 施設住所 | | |
| 電話番号 | | |
| FAX 番号 | | |
| 連絡用 E メールアドレス | | |
| 技師会会員番号 | | |

* 電話番号は、研修会当日に連絡が取れる電話番号の記入をお願い致します。

* 非会員の方は、技師会番号は「000」と記入してください。

【研修会事務局】

〒902-8588 沖縄県那覇市与儀 1 丁目 3 - 1

沖縄赤十字病院 医療技術部第一検査課 仲宗根 雅司

Tel:098-853-3134 (代表) FAX:098-831-9712

Email: kensa-nakasone@okinawa-med.jrc.or.jp