兵庫県がん診療連携協議会 兵庫県臨床検査技師会 共催

**令和6年度「検査セミナー」（2024.12.14）**

**参加申込について（兼申込書）**

**施設名：**

**【会場参加の場合】**

**下欄に必要事項をご記入いただき、件名を「検査セミナー参加希望」として兵庫県がん診療連携協議会事務局にメール送信してください。**

**送信先：**jimukyoku@hyogo-ganshinryo.jp

※ 準備の都合上、**12月6日（金）**までにお送りください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 所　属 | 職　種 | 連絡先 （E-mailの記載にご協力ください） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**【Ｗｅｂ 参加の場合】**

**記載の二次元コード、又はURLから事前登録をお願いします。**

* 開催当日まで登録可能

　 <https://zoom.us/webinar/register/WN_YUqo8QVyTQuwcO4bVXRkpg>

◆ このセミナーは、**日臨技生涯教育研修制度の対象研修**となっています。

　　※　基礎　２０点

　　　登録をご希望の場合は、下記により会員番号をお知らせください。

【会場参加の場合】…開催当日、受付名簿の所定欄にご記入ください。

【Ｗｅｂ参加の場合】…事前登録時、フォームの所定欄にご入力ください。