

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

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](mailto: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\\_YUqo8QVyTQuwc04bVXRkpg](https://zoom.us/webinar/register/WN_YUqo8QVyTQuwc04bVXRkpg)



◆ 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。