

関東消化器内視鏡技師会 入会申込書

No. _____

入会日 _____

氏名(漢字) _____

氏名(フリガナ) _____

E-mail _____

施設名 _____

所属 _____

施設所在地 〒 _____

(住所は都道府県からお書きください)

TEL _____

FAX _____

<注意点> 会誌、案内等を確実に届けるためアパート・マンション名は必ず記入してください。

自宅住所 〒 _____

(住所は都道府県からお書きください)

TEL _____

FAX _____

資料送付先 _____

※勤務先 または 自宅 を選択してください。選択が無い場合、勤務先となります。

消化器内視鏡技師の資格の有無 _____

職種 _____ (_____)

その他を選択した方は後ろの()に入力してください

<関東消化器内視鏡技師会 事務局>

〒306-0042

茨城県古河市三和126-4

電話/FAX:0280-48-5214

携帯:090-1103-8320(留守録あり)

kaoru.nmk7021@gmail.com