**平成３０年度　千葉科学大学**

**細胞診講習会受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・（フリガナ） |  |
| 勤務先・所属名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 勤務先電話番号 |  |
| 受講者連絡先（携帯等） | 携帯等： |
| 受講者連絡先（E-mail） | E-mail： |
| 職種  ※該当する番号に○印をご記入ください。  　3．その他の場合は、ご記入下さい。 | １．臨床検査技師  ２．衛生検査技師  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 細胞診の経験  ※該当する番号に○印をご記入ください。 | １．経験なし  ２．染色・塗抹のみ （経験　　　年）  ３．スクリーニング等（経験　　　年） |
| お申込み種別  ※該当する番号に○印をご記入ください。 | 1. 一次試験対策（講義＋鏡検実習含む）　70,000円 2. 一次試験対策（講義のみ受講）　　　　60,000円 3. 二次試験対策（鏡検実習のみ受講）　　10,000円 |

※　当講習会の受講料、一次試験対策（講義＋鏡検実習を含む）をお申込みの方は

（60,000円）と鏡検実習料（10,000円）の合計（70,000円）、一次試験（講義のみ受講）

をお申込みの方は（60,000円）、二次試験対策（鏡検実習のみ受講）をお申込みの方は

（10,000円）を下記口座にお振込みください。

* お振込み手数料はご負担をお願い致します。

**なお、受講料は申込み後、途中いかなる理由で辞退されても返金はできませんので**

**ご了承ください。**

**【お申込み先】**

**１．受講申込み先E-mail：sct@cis.ac.jp**

**２．受講申込み先TEL:0479-30-4713**

**３．受講申込み先FAX:0479-30-4750**

**なお、受講申込みについては、極力E-mailにてお申込み下さい。**