

## 大腸がん検診従事者講習会参加申込書（医療機関・医師会・検診機関用）

日 時 令和3年2月14日（日）10:00～12:00  
会 場 サンラポーむらくも（瑞雲の間）  
島根県松江市殿町369  
TEL0852-21-2670

送信先 公益財団法人 島根県環境保健公社  
健康支援課 松尾 宛  
FAX 0852-55-4528  
メールアドレス kenshinkanri@kanhokou.or.jp

令和3年1月25日（月）までにFAX又はメールにてお申込みをお願いいたします。

医療機関（所属）名	
所在地	
連絡先	電 話
	F A X
	担当者
	メール

### 医 師

所 属（科）名	氏 名
	（ 会場 ・ Web ） メールアドレス：
	（ 会場 ・ Web ） メールアドレス：
	（ 会場 ・ Web ） メールアドレス：

### 技 師

所 属（科）名	氏 名
	（ 会場 ・ Web ） メールアドレス：
	（ 会場 ・ Web ） メールアドレス：
	（ 会場 ・ Web ） メールアドレス：