

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：