

別紙 3

公益社団法人東京都臨床検査技師会宛 (FAX:03-3556-9077)

## 受講承諾書

(兼 受講者受講申込書)

※表内は受講可派遣者又は受講希望者本人が記入する。

受講対象	平成 28 年度日臨技、東京都臨床検査技師会主催 「検査説明・相談ができる臨床検査技師育成講習会」
受講者氏名	会員番号: _____ 氏名 _____
受講者所属施設	_____
受講者所属部署	_____
受講者連絡先	Tel _____ E-Mail _____
受講日	平成 29 年 2 月 18 日・19 日
受講場所	UDX 秋葉原 GALLERY NEXT-1
受講料	10,000 円 (都臨技のみ会員は 12,000 円)
受講料の負担	施設負担 ・ 本人負担 (いずれかに○)
受講者の義務	① 受講を通じて、医師の指示の下で「検査説明・相談」業務を必要に応じて担当できる能力・知識を習得すること。 ② 受講後も自己研鑽を重ね、患者接遇を含む能力の向上に継続して取り組むこと。 ③ 受講料が施設負担となる場合、受講後の 1 週間以内に施設長が指名する先に対して受講レポートを提出すること。

平成 29 年 月 日

受講承諾を条件に、受講者の義務を遵守して受講を申し込みます。

受講者(本人)

\_\_\_\_\_

(自著または印)

上記の受講を承諾します。

所属施設における受講承諾者名

\_\_\_\_\_

(自著または印)