一般社団法人日本総合健診医学会

臨床検査精度管理調査　参加申込書（非会員専用）

※「臨床検査精度管理調査　実施要綱」をご確認の上、お申込ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  施設名 |  | | |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　）　　　　　　　　　　　　　都・道・府・県 | | |
| 本申込の  責任者氏名 |  | 役職 |  |
| 担当者名 |  | 担当者役職 |  |
| 担当者連絡先電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 担当者Emailアドレス |  | | |

**＜申込方法＞**

　本申込書に必要事項をご記入いただき、事務局までFAX（03-5413-0016）またはメール添付（seidokanri@jmhts.org）にてお送りください。参加費用については、後日請求書をお送りいたしますので指定の期日までにお振込みください。

**＜申込締切日＞**

　実施年前年の11月末日

**＜参加費用＞　２９２，０００円（内消費税（10％）26,545円）**

内訳　【登録料】￥７２，０００円　（税込み）※非会員のみ。

【参加費】￥２２０，０００円（税込み）

※参加費用は年4回セット料金です。途中参加・途中辞退による分割はできません。

※本学会にご入会いただきますと、登録料は不要となります。本学会への入会についてはホームページ（<https://jhep.jp/jhep/ui/member2_entry>）をご確認ください。

**申込書送付先FAX：03-5413-0016**

一般社団法人日本総合健診医学会　事務局

〒151-0051東京都渋谷区千駄ヶ谷1丁目31-10セシア千駄ヶ谷ビル2階

TEL：03-5413-4400　/　FAX：03-5413-0016

Email：seidokanri@jmhts.org