

神奈川県臨床検査技師会 会長 殿

年 月 日

臨床検査技師啓発用 P V 申込書

施設名	
住所	
T E L	
F A X	
申込者	
会員番号	

貸出期間	年 月 日まで (最長 1 か月とする)
使用目的	
備考	

1. 臨床検査技師会会員である
2. この啓発用 P V の適正外使用をしない
3. 臨床検査技師の不利益につながる使用をしない
4. 無断での一部または全部の複製をしない
5. この P V の使用にあたり、著作権法に反する行為をしない
6. 返信代金は自己負担とします

以上の項目を遵守いたします

ご署名	
-----	--

※ご納得いただけましたらご署名ください。

ご署名いただけない場合はお貸しできない場合もありうることをご理解ください。

◎ F A X または郵送でお申し込みください

申し込み先 〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町 51 番地 1

読売横浜ビル 5 階

一般社団法人 神奈川県臨床検査技師会

F A X : 045-479-8884 電話 : 045-212-2862