行事の日臨技生涯教育登録用紙

**１**.登録**団体、地区、部名**  　　　　　　　　　　　　　　 **開催年月** 令和　　　年 　　月

**2.登録内容 （\*は必須です）**

|  |  |
| --- | --- |
| 行事種別**\*** | 講習会・研修会　/　その他 |
| 日臨技推進事業**\*** | 申請しない　/　申請する |
| 行事名称**\*** |  |
| 開催年度（西暦；半角数字4桁）**\*** |  |
| 主催技師会**\*** | 愛知県　/　中部圏支部 |
| 分野名**\***（該当項目に○） | 01微生物　02免疫血清　03血液　04臨床化学　05病理　06細胞　07生理　08一般　09公衆衛生　10輸血　11情報システム　12遺伝子・染色体　13管理運営　14教育　15チーム医療16学会　　　88総会　89公開講演　90公益事業　99その他 |
| 開始日時（半角数字）**\*** | 令和　　年　　月 　　日 　　 時 　　分 |
| 終了日時（半角数字）**\*** | 令和　　年　　月 　　日 　　 時 　　分 |
| 開催場所**\*** |  |
| 教科および点数**\*** | 基礎　/　専門　　　　　　点 |
| 科目コード**\***（該当項目に○） | 基礎の場合 | 101人文・社会科学　102自然科学　103基礎教養　104臨床検査の基礎　105医学の基礎　106管理運営　107公益活動　108組織活動 |
| 専門の場合 | 151生体検査　152検体検査　153学会関係　154認定技師関係 |
| 担当者**\*** | 会員番号　　　　　　　　　氏名 |
| 連絡先（施設名）**\*** |  |
| 電話番号（半角数字）**\***  | 　　　　　　　　　　　　　　（内線） |
| Fax番号 |  |
| メールアドレス**\*** | 　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 募集人員（半角数字） | 　　　　　　　　人 |
| 事前登録 | 有・無**\*** | 無　/　有 |
| 開始日/締切日（半角数字）**\*** | 令和　　年　　月 　日　～　　令和　　年　　月 　日 |
| ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ募集（半角数字） | 　　　　　　　　人 |
| 郵送募集（半角数字） | 　　　　　　　　人 |
| 参加費の有無および金額**\*** | 無　/　有　⇒（　　　　　　　　　）円 |
| 参加費振り込み先 | 金融機関名 |  |
| 口座名称 |  |
| 口座番号 |  |
| コメント |  |

　※送付先　担当理事または愛臨技事務所　 FAX052-586-5680 E-mail　aamt@aichi-amt.or.jp

 ※登録用紙の保存期間　5年間

|  |
| --- |
| ・・・内容・・・ |
| 演題１ | 演題名 |  |
| サブタイトル |  |
| 分野 |  |
| 発表者 | 会員No. |  | 氏名フリガナ |  |
| 施設名 |  |  |
| 司会 | 会員No. |  | 氏名フリガナ |  |
| 施設名 |  |  |
| 演題２ | 演題名 |  |  |
| サブタイトル |  |
| 分野 |  |
| 発表者 | 会員No. |  | 氏名フリガナ |  |
| 施設名 |  |  |
| 司会 | 会員No. |  | 氏名フリガナ |  |
| 施設名 |  |  |
| 演題３ | 演題名 |  |
| サブタイトル |  |
| 分野 |  |
| 発表者 | 会員No. |  | 氏名フリガナ |  |
| 施設名 |  |  |
| 司会 | 会員No. |  | 氏名フリガナ |  |
| 施設名 |  |  |
| 演題４ | 演題名 |  |
| サブタイトル |  |
| 分野 |  |
| 発表者 | 会員No. |  | 氏名フリガナ |  |
| 施設名 |  |  |
| 司会 | 会員No. |  | 氏名フリガナ |  |
| 施設名 |  |  |

演題数が多く不足する場合は、この用紙をコピーしてください。

　※送付先　愛臨技事務所　 FAX052-586-5680 E-mail　aamt@aichi-amt.or.jp

 ※登録用紙の保存期間　5年間