

参 加 申 込 書

札幌医科大学附属病院 高難易度臨床検査センターに係る現地見学会・説明会への参加を申し込みます。

申 込 区 分	単 独 ・ グループ	
代 表 企 業	企 業 名	
	所 在 地	
	代 表 者 氏 名	
構 成 企 業	企 業 名	
	所 在 地	
	代 表 者 氏 名	
	企 業 名	
	所 在 地	
	代 表 者 氏 名	
	企 業 名	
	所 在 地	
	代 表 者 氏 名	
参 加 者 代 表	企 業 名	
	所 属 ・ 職	
	氏 名	
	連 絡 先 電 話	
	連 絡 先 mail	

【参加者名簿（参加者代表除く）】

企 業 名	所 属 ・ 職	氏 名

【提出先】 札幌医科大学附属病院病院課 主査（感染症対策）

メールアドレス：hayashi.y@sapmed.ac.jp

※ 提出締切：令和7年6月30日（月）厳守