

一般社団法人長野県臨床工学技士会設立総会
出欠席確認票および委任状

長野県臨床工学技士会 会長 塩沢利一殿

施設ごとに長野県臨床工学技士会会員全員分の記名をお願いいたします。

出欠席に○をしていただき、欠席される方は捺印またはサインをお願いします。

ご施設名 _____

会員番号	お名前	出欠席	捺印・サイン
		出席・欠席	
		出席・欠席	
		出席・欠席	
		出席・欠席	
		出席・欠席	
		出席・欠席	
		出席・欠席	
		出席・欠席	
		出席・欠席	
		出席・欠席	
		出席・欠席	

返送期限は平成 22 年 11 月 6 日 12:00 までをお願いいたします

長野県臨床工学技士会事務局 FAX 番号 0265-23-3129