公益社団法人　埼玉県臨床検査技師会　検査相談窓口係り　行

　FAX　：048-824-4095

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：sairingi@sairingi.com

あなたのお名前・連絡先と、相談したい検査の内容について下記の通信欄にご記入ください。記入後、上記のFAXまたはE-mailに送信してください。後日、専門の担当者より、ご連絡いたします。（ご記入いただいた個人情報は個人情報保護の観点から、相談内容の回答のみに使用し、目的以外の使用は行いません。）

氏　名

連絡先

電　話

FAX

Email

【通信欄】

　　質問・相談内容によっては回答にお時間がかかる場合がありますので、予めご了承ください。