

2024年CAP国際臨床検査成績評価プログラム参加申込 および参加費支払情報

下記必要事項記載の上、CAPオーダーフォーム(英語版)と一緒にpdfをeメールに添付し送信してください。
eメール: cap@cgikk.com

CAPは評価表を直接施設に交付します。その際、トラブルシューティング等を行うために、CAPサーベイ日本事務局が施設の評価表を電子または紙面で確認することがあります。

上記に同意しプログラムに参加します。(下記CAP番号、施設名を明記してください)

CAP番号(新規施設は空欄)	
施設名	
部署名	

プログラム送付先と担当者情報:

プログラム発注担当	氏名	
	メールアドレス	
プログラム受領担当	氏名	
	メールアドレス	
プログラム送付先住所	〒	

参加費支払情報:

支払方法 1 代理店経由の場合、代理店名		
支払方法 2 直接支払の場合 いずれかに○をつけてください	a. 年間分一括請求	b. 毎月送付完了分請求書送付
支払方法 2の請求書宛名		
支払方法 2の請求書送付先 住所 氏名	〒	

CAPサーベイ日本事務局(株式会社CGI)
〒106-0041
東京都港区麻布台1-7-2 神谷町麻布台ビル10F
TEL: 03-5563-1327