

医療機器の安全管理を考えるシンポジウム【12/4】 参加申込書

◆氏名等は楷書ではっきりとご記入ください。

(ふりがな) 申込者氏名	申 込 日 : 平成 年 月 日
会社名 :	所属部署 :
〒 住 所 :	
電 話 :	FAX (必須):

*個人情報本講習会以外には使用いたしません。

(申込者が受講者であっても必ずご記入下さい。)

受付 NO (事務局記入欄)	参加者氏名	参加者所属部署	備 考
合計			名

申 込 方 法

- (1) 本参加申込書に必要事項をご記入のうえ、日本医療機器工業会 (FAX: 03-3816-5576) へお申込みください。受付後参加申込書に『受付 NO』を記入して返信いたします。入金を確認後、『受講票』を発行いたしますので当日必ずお持ちください。
- (2) 申込・参加費締切日 平成26年11月25日(火) (期限厳守)
 - ① 参加費の払い戻し及び請求書・領収書の発行はいたしませんので予めご了承ください。
 - ② 期限内にお振込確認が取れない場合、キャンセル扱いとさせていただきます。
- (3) 参加費お振込先
 みずほ銀行(001)本郷支店(075)
 口座番号: 普通預金 2874131
 口座名義: シャ)ニホンイリョウキキコウギョウカイ
 ※ 振込手数料は貴社、各自でご負担ください。
 ※ 振込時、振込人名の前に参加者『受付 NO』をご入力ください。
 (入金の確認が取れない場合、受講票の発行ができません)
 ※ 振込時、受付 NO が入力できない場合は、必ずご連絡ください。