**日本医療機器工業会　行　　　（FAX：03-3816-5576）**

**◆第5７回（横浜）手術用メスの安全セミナー参加申込書◆**

◆申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者氏名： | 申込日　　　　　　　　月　　　　　日 |
| 　　　　　　　　（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名・会社名学校名 | 所属部署名※学生の場合　学部・学科 |
| 所在地　〒 |
| 電話： | FAX： |

**注：ＦＡＸ番号は、必ずご記入下さい。**

◆参加者　**お願い：修了証書発行のため、氏名等は楷書ではっきりとご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　（ふりがな）　　　　　　参 加 者 氏 名 | 所 属 部 署※学生の場合　学部・学科 | 職　　業（○をつけてください） | 受付番号（事務局記入） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE学生　・　業者 |  |
| 　　（男・女） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE学生　・　業者 |  |
| 　　（男・女） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE学生　・　業者 |  |
| （男・女） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE学生　・　業者 |  |
| （男・女） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE学生　・　業者 |  |
| （男・女） |
| **参加合計人数：　　　　　名** | **参加費合計金額：　　　　　　　　　円** |

**◆請求書、領収書の発行はいたしません。また一旦お振込みいただいた参加費の払い戻しはいたしかねます。**

**◆期間内にお振込みの確認ができなかった場合には、キャンセル扱いとさせていただきます。**

**◆個人情報は本セミナー以外には使用いたしません。**

**◆質疑応答の時間を設けてありますので、電気メス・超音波メス・レーザーメス等を使用の際、**

**“ヒヤッ”としたこと、“ハッ”としたことでお聞きになりたいこと等ありましたらご記入下さい。**

**（ご質問等の記入欄）**