一般社団法人 日本医療機器工業会　行　（FAX： 03-3816-5576）

申込日：平成　　年　　月　　日

**申請実務者のための医療機器の承認申請に関する講習会**

**【2/14（木）】参加申込書**

* 受講を希望される会員企業様は、この申込書によりFAXでお申し込みください。
* 会場の都合により、300名を定員とさせていただきます。（先着順／１社何名でも可）
* 受講確定者の方には、送付いただきました参加申込書の受付番号欄に番号を記載し、申込者様宛に振込要領をＦＡＸにて返信いたします。振込の確認ができ次第、受講票をFAXでお送りしますのでセミナー当日ご持参願います。
* 受講費は１名 会員3,000円　非会員5,000円です。（1月25日(金)迄に下記の口座にお振込み下さい。）

参加費お振込先　 みずほ銀行（００１）本郷支店（０７５）　口座：普通　２８７４１３１

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『受付番号』をご記入ください。

* **氏名等は楷書ではっきりとご記入お願いいたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | | | 所在地 | | 〒 | | |
| 会員  非会員 | いずれかを選択してください。  日本医療機器工業会 　**会員 　非会員** （ご参考にご所属の団体　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 申込者氏名 | ふりがな | | | E-Mail | |  | | |
| 電　話 |  | | | FAX | |  | | |
| 受講者の氏名、所属等 | | | | | | | | 受付番号  (事務局記入欄） |
| 受講者① | | ふりがな  氏名 |  | | 所　属 | |  |  |
| E-Mail | |  |
| 受講者② | | ふりがな  氏名 |  | | 所　属 | |  |  |
| E-Mail | |  |
| 受講者③ | | ふりがな  氏名 |  | | 所　属 | |  |  |
| E-Mail | |  |

※必要な場合には行を追加するか、または複数の申込書をご使用下さい。

【問い合わせ先】　一般社団法人 日本医療機器工業会 事務局

　　　　　　　　　　　　（担当：池上、甲斐）　　E-Mail：[mail@jamdi.org](mailto:mail@jamdi.org)

　 TEL 03-3816-5575　FAX 03-3816-5576

* **個人情報は本セミナー以外には使用いたしません。**