

## 「医療機器開発セミナー」お申込書

お申込みは、このお申込書をファックスいただくか、下記メールアドレスにお申込みの旨をご連絡ください。※メールでのお申し込みの際は、下記お申込み書の内容を記載した上、お送り下さい。

**FAX : 03-3249-0779**

**メールアドレス : yakuji@expartner-j.co.jp**

希望カリキュラム (複数選択可)	第1部 (臨床試験)      •      第2部 (保険適用)			
御社名				
御住所	〒			
TEL		FAX		
申込責任者 ふりがな 御氏名	部署名	E-mail		
参加者 ふりがな 御氏名	部署名	E-mail	医療機器薬事経験について いずれかに☑ください	「薬事の学校 新春版」 へのご参加予定
参加者1			☐ 未経験    ☐ 1年以上 ☐ 1年未満   ☐ 2年以上	☐ 有り   ☐ 無し
参加者2			☐ 未経験    ☐ 1年以上 ☐ 1年未満   ☐ 2年以上	☐ 有り   ☐ 無し
参加者3			☐ 未経験    ☐ 1年以上 ☐ 1年未満   ☐ 2年以上	☐ 有り   ☐ 無し

下記アンケートにご協力ください。 該当する☐にチェック (☑) をお願いいたします。  
アンケートは今後の講師の参考のみに活用させていただきます。

医療機器のお取扱いについて	☐ ない	☐ ある	
2018年/2019年申請予定品目について	☐ ない	☐ ある	
薬事担当者数について	☐ 1名 (専任)	☐ 1名 (他業務兼任)	☐ 2名以上
本講習会「医療機器開発セミナー」の開催をお知りになったきっかけは？			
☐ ダイレクトメール	☐ 社内紹介	☐ 社外紹介 (                      )	☐ その他
☐ 過去受講者ご案内メール	☐ ホームページ	☐ 弊社営業 (担当者                      )	(                      )
予定ご入金日 (必ずご記入ください。)	年      月      日      予定		

※お申込み受付後、申込責任者の方へ (責任者無しの場合は、参加者1の方) ご請求書を電子メールでお送りいたします。 ご入金確認後、正式参加受付となります。

※ご入金後のキャンセルについては、原則受講料の返還はいたしませんのでご了承ください。