

「薬機法入門セミナー」（医療機器編）申込書

お申込みは、この申込書をファックスいただくか、またはホームページよりお申込みください。

FAX：03-3249-0779

<http://www.expartner-j.co.jp/>

貴社名			
御住所	〒		
TEL		FAX	
会場： 1. 福岡 2. 仙台 どちらかに○を記載してください。			
申込責任者 ふりがな 御氏名	部署名	E-mail	
ふりがな 御氏名	部署名	E-mail	
参加者 1			
参加者 2			
参加者 3			

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。

貴社の業容をお聞かせください。			
<input type="checkbox"/> 製造販売業者	<input type="checkbox"/> 製造業者	<input type="checkbox"/> 設計業者	<input type="checkbox"/> 倉庫業者
<input type="checkbox"/> その他（ ）			
医療機器のお取扱いについて	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
2017年申請予定品目について	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
現在貴社に課題等がございましたらお聞かせください。			
<input type="checkbox"/> 許認可取得/更新	<input type="checkbox"/> 製造管理/品質管理	<input type="checkbox"/> 設計開発	<input type="checkbox"/> 製品の薬事手続き
<input type="checkbox"/> 薬事担当者不足	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
予定ご入金日（必ずご記入ください。）	2017年 月 日 予定		

※お申込み受付後、申込責任者の方へ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。