

**内部監査員養成セミナー【11/11 (水)、11/20 (金)】 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。
- ※ 11/11 (水)、11/20 (金)とも同一内容のセミナーとなりますので、下記の申込書に受講を希望する日を○で選択して下さい。(申込者多数の場合にはご希望の日に受講できない場合もございますので、予めご了承ください。)
- ※ 会場の都合により、50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 FAXにて返信いたします。そちらを受講票としてセミナー当日ご持参願います。
- ※ 受講費は、会員企業 : 1名 3,000円、非会員企業 : 1名 5,000円です。(10月30日まで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  
 シヤ)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。
- ※ なお、修了証発行の都合により、本申込書に記載していただいた受講者以外の代理出席等は認められませんので、その旨ご留意下さい。

◆ 氏名等は楷書ではっきりとご記入お願いいたします。

いずれかに○をつけてください。		会員企業		非会員企業	
会社名		所在地			
申込者氏名	ふりがな	E-Mail			
電話		FAX			
↓ ↓ 受講を希望する日に○をつけて下さい。※申込者と同一の場合も記入					受付番号 (事務局記入欄)
11/11	11/20	受講者①	ふりがな 氏名	所属 E-Mail	
11/11	11/20	受講者②	ふりがな 氏名	所属 E-Mail	
11/11	11/20	受講者③	ふりがな 氏名	所属 E-Mail	
11/11	11/20	受講者④	ふりがな 氏名	所属 E-Mail	
11/11	11/20	受講者⑤	ふりがな 氏名	所属 E-Mail	

※上記に書ききれない場合に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。