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29年　　月　　日

**ISO13485：2016及び 改正QMS省令のための講習会**

**【12/14（木）】参加申込書**

* 受講を希望される企業様は、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、受講者名を確認の上、セミナー当日ご持参願います。
* 受講費は日医工会員（日医工団体会員含）１名4,000円、日医工会員以外は1名5,000円です。

（**12月7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。

* 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。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | 所在地 | 〒 |
| 所属団体**（必須）** | **所属団体を選択してください**日本医療機器工業会日医工団体⇒大阪医療機器協会・海外医療機器技術協力会・日本鋼製医科器械同業組合・日本不整脈デバイス工業会その他団体⇒（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申込者氏名 | ふりがな | E-Mail**必須** |  |
| 電　話 |  | FAX |  |
| 受講者の氏名、所属等　　　(申込者が受講者の場合も記入してください) | 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

　 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。**