**日本医療機器工業会　行　　　（FAX：03-3816-5576）**

**◆第55回（浜松）手術用メスの安全セミナー参加申込書◆**

◆申込者

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  申込者氏名： | 申込日　　　　　　　　月　　　　　日 |
| （ふりがな）  病院名・会社名  学校名 | 所属部署名  ※学生の場合  　学部・学科 |
| 所在地　〒 | |
| 電話： | FAX： |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※**FAX番号は必ずご記載ください**。

◆参加者　**お願い：修了証書発行のため、氏名等は楷書ではっきりとご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  参 加 者 氏 名 | 所 属 部 署  ※学生の場合　学部・学科 | 職　　業  （○をつけてください） | 受付番号  （事務局記入） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE  学生　・　業者 |  |
| （男・女） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE  学生　・　業者 |  |
| （男・女） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE  学生　・　業者 |  |
| （男・女） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE  学生　・　業者 |  |
| （男・女） |
|  |  | 医師　・　看護師　・　ME/CE  学生　・　業者 |  |
| （男・女） |
| **参加合計人数：　　　　　名** | | **参加費合計金額：　　　　　　　　　円** | |

**◆請求書、領収書の発行はいたしません。また一旦お振込みいただいた参加費の払い戻しはいたしかねます。**

**◆期間内にお振込みの確認ができなかった場合には、キャンセル扱いとさせていただきます。**

**◆個人情報は本セミナー以外には使用いたしません。**

**◆質疑応答の時間を設けてありますので、電気メス・超音波メス・レーザーメス等を使用の際、**

**“ヒヤッ”としたこと、“ハッ”としたことでお聞きになりたいこと等ありましたらご記入下さい。**

**（ご質問等の記入欄）**