**日本医療機器工業会事務局　行　（FAX： 03-3816-5576）**

|  |
| --- |
| **医療機器の安全管理を考えるシンポジウム【６/２７】　参加申込書** |

**◆氏名等は楷書ではっきりとご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者氏名　　　　　　　　　　　　 | 申 込 日 ：　平成　　年　　月　　日 |
| 会社名 ： | 所属部署 ： |
| 〒住　所 ： |
| 電　話 ： | FAX ： |
| E-mail ： |

＊個人情報は本講習会以外には使用いたしません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付NO（事務局記入欄） | 参加者氏名（楷書でご記入ください） | 参加者所属部署 | ＭＤＩＣ認定番号（MDIC認定取得者のみ） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | 申込合計　　　　　　　　人 |

|  |
| --- |
| **申 込 方 法** |

（１） 本参加申込書に必要事項をご記入のうえ、日本医療機器工業会 （FAX：03-3816-5576） へ

お申込みください。MDICポイントをご希望の方は認定番号を必ずご記入ください。

開催後のポイント取得のお申し出は出来ませんのでご了承ください。

受付後参加申込書に『受付NO』及び振込先情報を記入してご返信いたします。

※参加費のお振込み後、受講票をFAXにてお送りしますので、当日必ずお持ちください。

（２） 申込・参加費締切日　　平成３０年６月２２日（金） （期限厳守）

① 参加費の払い戻し及び請求書･領収書の発行はいたしませんので予めご了承ください。

② 期限内にお振込確認が取れない場合、キャンセル扱いとさせていただきます。

（３） 参加費お振込先

　 みずほ銀行（００１）本郷支店（０７５）

口座番号：普通預金　２８７４１３１

口座名義：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NO』ご記入ください。

|  |
| --- |
| お申込みは先着順とさせていただき、定員に達し次第締め切らせていただきます。**受付締切：平成３０年６月２２日（金）** |

【お問い合せ先】

一般社団法人日本医療機器工業会　担当：池上、甲斐

電話：03-3816-5575　FAX：03-3816-5576　E-mail：mail@jamdi.or.jp