平成 29 年度医療機器安全基礎講習会

＊第 39 回 ME 技術講習会＊

【受講申込書】

受講希望 会　場 （〇で囲む）	~~1. 東京A~~ ~~6/24(土)~~	~~2. 仙台~~ ~~6/24(土)~~	~~3. 東京B~~ ~~7/2(日)~~	~~4. 大阪~~ ~~7/9(日)~~	4. 沖縄 7/22(土)	5. 札幌 7/30(日)	~~6. 福岡~~ ~~7/30(日)~~	7. 名古屋 8/6(日)	7. 東京 C 8/19(土)

フリガナ	(姓)	(名)	年　齢	性　別	受講者区分
氏　名				1. 男 2. 女	1. 一般 2. 学生

E-mail		
勤務先 名称 （学校等）	フリガナ	部　署(学科名)

送付先	1. 勤務先　　2. 自宅	（送付先で選んだ住所を「送付先住所欄」に記入して下さい。）
送付先 住所	〒　　－	都　・　道　・　府　・　県
	フリガナ	
	TEL　　（内線）	FAX

席の希望	1.　前方　2.　中央　3.　後方　4.　希望無	＊座席指定とさせていただいております。ご入金確認後、先着順で振り分けますので、ご希望に添えない場合があります。 ＊お身体に障害をお持ちの方や妊娠中の方など、受講時に配慮が必要な場合は、必ず事前に事務局までご相談ください。

職業	1. 病　院	1. 看護師　2. 准看護師　3. 臨床工学技士　4. 臨床検査技師　5. 診療放射線技師 6. 事務　　7. その他(　　)
		□　医療機器安全管理責任者　　□　医療安全管理者
	2. 企　業	1. 営業　　2. 研究・開発　　3. サービスエンジニア　　4. 事務 5. その他(　　)
	3. その他	1. 学生　　2. 教員　　3. その他(　　)
受講回数		1. 初回　　2. 2 回目　　3. 3 回以上

【注意】 1.「受講希望会場」,「性別」,「受講者区分」,「送付先」,「席の希望」,「職業」欄は、該当項目の番号を〇で囲んでください。その他(　)」は具体的に記入してください。

2. 病院勤務で「医療機器安全管理責任者」,「医療安全管理者の方は□にチェックを付してください。

3. 受講料の振り込み控え(コピー可)をこの受講申込書の裏面に貼付して郵送でお送りください。
学生の方は学生証の写しを同封してください。

4. 申込み用紙を複数必要な方はコピーしてご利用ください。