

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 (○で囲む)	1. 東京A 6/24(主)	2. 仙台 6/24(主)	3. 東京B 7/2(日)	4. 大阪 7/9(日)	4. 沖縄 7/22(主)	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(主)
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	〒 ー		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きます。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()							
		<input type="checkbox"/> 医療機器安全管理責任者 <input type="checkbox"/> 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○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。