

平成29年度「医療機器販売業・貸与業の営業所管理者及び  
医療機器修理業の修理責任技術者に対する継続的研修」申込書

平成 年 月 日

公益社団法人 福岡県製薬工業協会 行

連絡先（勤務先・自宅）  
どちらかに○印をつけて下さい。  
FAX 番号

1 受講日時等（次のいずれかを選び、□に○印を付けて下さい。）

- ~~第1回 平成29年10月13日（金）13時30分～15時40分 都久志会館 終了~~  
 第2回 平成30年 2月15日（木）13時30分～15時40分 都久志会館 受付終了

2 住所、氏名等

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男 女	昭和 平成 年 月 日
住 所	〒 電話番号		
フリガナ			
勤 務 先 名			
勤務先所在地	〒 電話番号		
業務内容	<input type="checkbox"/> 医療機器販売業の営業所管理者 <input type="checkbox"/> 医療機器貸与業の営業所管理者 <input type="checkbox"/> 医療機器修理業の医療機器修理責任技術者 何れかにチェックして下さい。		
医療機器の種類	<input type="checkbox"/> 高度管理医療機器 <input type="checkbox"/> 管理医療機器 何れかにチェックして下さい。		

3 申込書送付先

〒833-0055 福岡県筑後市大字熊野994-1  
 公益社団法人 福岡県製薬工業協会  
 電 話 0942-54-1472 F A X 0942-54-1643

\* 本研修で知り得た個人情報は本研修の関連業務以外には使用いたしません。

受講料納付先	受講料納付年月日 平成 年 月 日
福岡銀行 筑後支店 普通預金 1689215 口座名義人 公益社団法人 福岡県製薬工業協会	この面又は裏面に受講料払込受領書(票)のコピーを添付して下さい。裏面に添付した場合は、FAXでの申込みの場合は裏面も送信して下さい。