令和２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

令和　　年　　月　　日

公益社団法人 福岡県製薬工業協会　行

受講票お届け先 〔 勤務先 ： 自 宅 〕
何れかに〇印をつけて下さい。（必須）

１　受講日時等（次のいずれかを選び、□にチェック☑印を付けて下さい。）

□　第１回　令和２年１０月　９日（金）13 時 30 分～15 時 50 分　都久志会館 401~404 号【終了】

□　第２回　令和３年　２月１９日（金）13 時 30 分～15 時 50 分　福岡リーセントホテル 2 階 舞鶴の間
（第 2 回研修会は、日時と場所が上記に変更となりましたので、ご注意下さい。）

２　住所、氏名等

フリガナ		性別	生　年　月　日　（必須）
氏　　名 （必須）		男 女	西　暦 年　　月　　日
住　　所 （必須）	〒　　電話番号		
連絡先携帯番号 （必須）			
メールアドレス （必須）	@		
フリガナ			
勤 務 先 名 （必須）			
勤務先所在地 （必須）	〒　　電話番号		
業務内容 （必須）	□医療機器販売業の営業所管理者　□医療機器貸与業の営業所管理者 □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 （必須）	□高度管理医療機器　　□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　　ＦＡＸ　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　令和　　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	この面又は別紙に受講料払込受領書(票)のコピーを添付して下さい。ＦＡＸでの申込みの場合は別紙も併せて送信して下さい。