

令和3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○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3年10月15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 令和4年 2月16日(水) 13時30分～15時50分 福岡リーセントホテル 2階 舞鶴の間

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)	<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 (必須)	<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 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	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。