**「令和4年度 医療機器薬事講習会」申込用紙**

配信URLを、ご記入いただいたE-Mailアドレスに送信します

申込日 ： 令和５年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 右のいずれかに必ず○をしてください | 神奈川県医療機器工業会  会員 | | 神奈川県医療機器工業会  非会員 | |
| 会社名 |  | | | |
| 所在地 | 〒（　　　－　　　　） | | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 | |  |
| 参加代表者E-mail |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 所　属 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 質問事項（別紙　有・無） | |