|  |
| --- |
| 【送信先】　　福島県保健福祉部薬務課（担当：深田・石橋）　行き　　　　　ＦＡＸ　０２４－５２１－７９９２　　 e-mail: yakumu@pref.fukushima.lg.jp |

**平成２８年度医療機器品質マネジメント人材育成セミナー**

**参加申込書**

**本セミナーへ参加したく、下記のとおり申し込みいたします。**

**記**

|  |
| --- |
| **会社名****(団体名)** |
|  | **参　加　者　氏　名** | **所属・役職** | **施設見学の希望** |
| **第1回** |  |  | **有　・　無** |
| **第２回** |  |  |  |
| **第３回** |  |  |  |
| **第４回** |  |  | **有　・　無** |
| **連絡先** |  |
| **Ｔ　Ｅ　Ｌ：****Ｅ－ｍａｉｌ：****担当者・氏名：** |

**申込み締切日：各セミナー開催日の3日前**

**※先着順での受付につき、定員となり次第締め切りますので、**

**お早めにお申し込みください（４回分まとめてのお申し込みを推奨します）。**

◆受講が確定しました方々には、集合場所・時間等の詳細についてお知らせいたします。

◆受講に関してご不明な点等がございましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

　お問い合わせ先　　福島県保健福祉部薬務課　担当　深田・石橋

　　　　　　　　　　ＴＥＬ：024－521－7233　 E-mail：yakumu@pref.fukushima.lg.jp