

## 「薬事の学校 2017 関西版 後期」申込書

お申込みは、この申込書をファックスいただくか、またはホームページよりお申込みください。

FAX : 03-5614-2752

<http://www.yakuji-school.com/>

貴社名			
御住所	〒		
TEL		FAX	
受講実績（「薬事の学校 2016」 / 「薬事の学校 2017」 / 東京版・関西版） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
申込責任者	ふりがな 御氏名	部署名	e-mail
	ふりがな 御氏名	部署名	e-mail
参加者 1			医療機器薬事経験について いずれかに☑ください  <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 2年以上
参加者 2			<input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 2年以上
参加者 3			<input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 2年以上

下記アンケートにご協力ください。該当する□にチェック（☑）をお願いいたします。

アンケートは今後の講師の参考のみに活用させていただきます。

医療機器のお取扱いについて	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
2018年申請予定品目について	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
薬事担当者数について	<input type="checkbox"/> 1名（専任）	<input type="checkbox"/> 1名（他業務兼任）	<input type="checkbox"/> 2名以上
現在貴社に課題等がございましたらお聞かせください。			
<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 許認可取得/更新	<input type="checkbox"/> 製造管理/品質管理	<input type="checkbox"/> 設計開発
<input type="checkbox"/> 製品の薬事手続き	<input type="checkbox"/> 薬事担当者不足	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
特に修得したいカリキュラムをお聞かせください。（3つまで選択してください。）			
<input type="checkbox"/> 業許可、登録	<input type="checkbox"/> 品目承認（認証）	<input type="checkbox"/> QMS	<input type="checkbox"/> GVP
<input type="checkbox"/> その他（ ）			
「薬事の学校 2017 関西版 後期」の開催をお知りになったきっかけは？			
<input type="checkbox"/> ダイレクトメール	<input type="checkbox"/> 社内紹介	<input type="checkbox"/> 社外紹介（ ）	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 過去受講者案内メール	<input type="checkbox"/> 当社ホームページ	<input type="checkbox"/> 弊社営業（担当者 ）	（ ）
ご入金予定日（必ずご記入ください。）	年 月 日 予定		

※お申込み受付後、申込責任者の方へ（責任者なしの場合は、参加者 1 の方）ご請求書を電子メールでお送りいたします。ご入金確認後、正式参加受付となります。

※ご入金後のキャンセルについては、原則受講料の返還はいたしませんのでご了承ください。