

## 「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<br>御氏名 | 部署名 | e-mail  |
|   |             |     |   |
|   | ふりがな<br>御氏名 | 部署名 | e-mail  |
| 参加者 1   |             |     | 医療機器薬事経験について<br>いずれかに☑ください  |
|   |             |     | <input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 1年以上<br><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<br><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<br><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。