

「薬事の学校 2018 東京版」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 : 03-3249-0779

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

※オプションをご希望の方は時間帯に☑をお願いいたします。

御社名			
御住所	〒		
TEL		FAX	
受講実績（「薬事の学校 2016」/関西版/短期集中セミナー/「薬事の学校 2017」東京・関西版） □あり □なし			
オプション希望（PC 教室）5/18（金）：□午前 □午後			
申込責任者 ふりがな 御氏名	部署名	E-mail	
参加者 ふりがな 御氏名	部署名	E-mail	医療機器薬事経験について いずれかに☑ください
参加者 1			□未経験 □1年以上 □1年未満 □2年以上
参加者 2			□未経験 □1年以上 □1年未満 □2年以上
参加者 3			□未経験 □1年以上 □1年未満 □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	□ ない	□ ある
2018 年申請予定品目について	□ ない	□ ある
薬事担当者数について	□ 1 名（専任）	□ 1 名（他業務兼任） □ 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。		
□ 特になし	□ 許認可取得/更新	□ 製造管理/品質管理(QMS) □ 設計開発
□ 製品の薬事手続き	□ 薬事担当者不足	□ 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。（2 つまで選択してください。）		
□ 業許可、登録	□ 品目承認（認証）	□ QMS □ GVP
□ その他（ ）		
本講習会「薬事の学校 2018 東京版」の開催をお知りになったきっかけは？		
□ ダイレクトメール	□ 社内紹介	□ 社外紹介（ ） □ その他
□ 過去受講者ご案内メール	□ ホームページ	□ 弊社営業（担当者 ）（ ）
予定ご入金日（必ずご記入ください。）	2018 年 月 日 予定	

※お申込み受付後、申込責任者の方へ（責任者無しの場合は、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。