

「薬事の学校 2018 短期版」お申込書

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/>

希望会場 (複数選択可)	大阪会場 ・ 東京会場 初級者コース ・ 東京会場 上級者コース		
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			
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。

医療機器のお取り扱いについて	<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(QMS)	<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。(2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 ()			
本講習会「薬事の学校 2018 短期版」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"/> 過去受講者ご案内メール	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 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。