

「薬事の学校 新春版」お申込書

お申込みは、このお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.yakuii-school.com/>

希望会場	東京会場		大阪会場	
御社名				
御住所	〒			
TEL		FAX		
受講実績（「薬事の学校 2017」東京・関西版/「薬事の学校 2018」東京・短期版・九州版） □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	2019 年新卒者 (卒業見込み)
参加者 1			□未経験 □1 年以上 □1 年未満 □2 年以上	□該当 □非該当
参加者 2			□未経験 □1 年以上 □1 年未満 □2 年以上	□該当 □非該当
参加者 3			□未経験 □1 年以上 □1 年未満 □2 年以上	□該当 □非該当

下記アンケートにご協力ください。 該当する口にチェック（☑）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	
2019 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 新春版」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（ ）	☐ SNS(Twitter)
☐ 過去受講者ご案内メール	☐ ホームページ	☐ 弊社営業（担当者）	☐ その他（ ）
予定ご入金日（必ずご記入ください。）		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。