|  |
| --- |
| 【送信先】  　　福島県保健福祉部薬務課（担当：石橋・菅野）　行き  　　e-mail: [yakumu@pref.fukushima.lg.jp](mailto:yakumu@pref.fukushima.lg.jp) |

**平成２８年度医療機器安全管理**

**スキルアップ実機演習セミナー　参加申込書**

**本セミナーへ参加したく、下記のとおり申し込みいたします。**

**記**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療機関名** | | | | | |
| **氏　　 名** | |  | | **所属・役職** |  |
| **参加希望日** | | **第1希望** | **２月５日（日）　　・　　２月１９日（日）** | | |
| **第２希望** | **２月５日（日）　　・　　２月１９日（日）** | | |
| **どちらでもよい** | | | |
| **施設見学の希望　　　有　・　無**  **※セミナー修了後、センター職員よりご案内差し上げます（16:15～17:15　60分程度）。** | | | | | |
| **連絡先** |  | | | | |
| **Ｔ　Ｅ　Ｌ：**  **Ｅ－ｍａｉｌ：**  **担当者・氏名：** | | | | |

**申込み締切日：平成２９年１月２０日（金）**

**※先着順での受付につき、定員となり次第締め切りますので、**

**お早めにお申し込みください。**

◆お申し込みは、Eメールのみで受付いたします。

　事務局からEメール返信を差し上げ、受講が確定いたします。

なお、お申し込み後１週間が経過しても返信がない場合は、下記までご連絡願います。

◆受講に関してご不明な点等がございましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

　お問い合わせ先　　福島県保健福祉部薬務課　担当　石橋・菅野（電話024－521－7233）