

第12回医療廃棄物研修会

(平成17年2月16日(水)開催)

申込日 年 月 日

フリガナ 氏名	会員種別 (印をつけてください) 1. 医療廃棄物研究会会員 2. 廃棄物学会会員 3. 非会員 4. 学生	性別 男性 女性		
勤務先名				
所属部署名		役職		
勤務先所在地 〒				
TEL		FAX		
E-mail				
職種・業種 (印をつけてください。回答がその他の場合は具体的に記入してください)				
医師	保健師	登録衛生検査所	処理容器製造・販売	建設業
歯科医師	助産師	収集運搬業	医薬品製造・販売	コンサルタント
獣医師	臨床検査技師	中間処理業	検査試薬製造・販売	ビルメンテナンス
薬剤師	病院事務	最終処分業	医療機器製造・販売	研究者
看護師	病院施設係	廃棄物検査分析	焼却炉製造・販売	その他()
本セミナーを知った理由				
1. 会員への通知	4. 会員の知人に聞いて	7. その他()		
2. 学会等の機関誌	5. ダイレクトメール			
3. 雑誌・新聞	6. 本会ホームページ			
通信欄 (請求書や領収証が必要な方、勤務先以外に連絡先をご希望の方はその旨お書きください)				

参加費振込予定日をご記入ください。

平成17年 月 日に所定の口座に 参加費 ¥ _____ 入金します。

まとめて複数名のお振込みをされる場合、上記通信欄にどなたの分かをお書き添えください。

受付後、受講票をお送りいたしますので、当日必ずご持参ください。

【送付先】 医療廃棄物研究会事務局
FAX: 03 - 6403 - 5871