**第34回有害・医療廃棄物研究講演会参加申込書**

（平成27年7月22日(水) 開催）

申込日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** | **会員種別**（○印をつけてください）  １．有害・医療廃棄物研究会会員  ２．廃棄物資源循環学会会員  ３．日本医師会会員  ４．全国産業廃棄物連合会会員  ５．廃棄物・３R研究財団会員  ７．学　　　生　　８．非　会　員 |
| **氏　名** |
| **会員番号** |
| **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･教育機関 | |
| 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 | |
| ２．学会等の機関誌（　　　　　　　　　　　）　　５．研究会ホームページ | |
| ３．雑誌・新聞　（　　　　　　　　　　　　）　　６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | |
| * **通信欄（請求書が必要な方はご記入下さい，領収証は当日お渡しします）** | |
| **お振込み予定日をご記入ください。**    **月　　　　　日** | |

* **講演会終了後、懇親会を予定しております。**

懇親会費は3,000円です。会場の都合上、お手数ですがご参加のご予定をお知らせ下さい。

　　　　　　　　　□参加する　　　　　　　　　　□参加できない

**【送付先】　有害・医療廃棄物研究会事務局**

**ＦＡＸ:０３－５７８９－２０６３**