

第23回研究講演会参加申込書

(平成16年7月24日(土)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 | 保健士 | 登録衛生検査所 | 処理容器製造・販売 | 建設業 |
| 歯科医師 | 助産士 | 収集運搬業 | 医薬品製造・販売 | コンサルタント |
| 獣医師 | 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 | その他 |
| 看護師 | 病院施設係 | 廃棄物検査分析 | 焼却炉製造・販売 | () |
| 本講演会を知った理由 | | | | |
| 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. ダイレクトメール | | | |
| 3. 雑誌・新聞 | 6. その他 () | | | |
| ※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) | | | | |

※講演会終了後、懇親会を予定しております。

会費は2,000円です。ご参考までに予定をお知らせ下さい。

参加する 参加できない

【送付先】 医療廃棄物研究会事務局
FAX: 03-6403-5871