

第 1 1 回処理技術セミナー参加申込書

(平成 16 年 10 月 15 日 (金) 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	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 16 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