**第29回有害・医療廃棄物研修会参加申込書**

（令和3年3月9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．全国産業資源循環連合会（県産廃協会員）５．廃棄物・３R研究財団会員６．産業廃棄物処理事業振興財団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　　処理施設製造･販売　　　　 |
| その他　(　　　　　　　　　　　　　　) |
| **本研修会を知った理由** |
| １．研究会からの案内　　　　　　　　　　　　　２．研究会ホームページ |
| ３．後援団体からの案内　　　　　　　　　　　　４．研究会会員の知人に聞いて |
| ５．学会等の機関誌（　　　　　　　　　　　　）６．雑誌・新聞　（　　　　　　　　　　　　） |
| ７．その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **お振込み予定日をご記入ください。※ご入金を確認できない場合はご参加いただけません。****月　　　　　日** |
| * **通信欄（請求書または領収書が必要な方はご連絡下さい。領収証は講演終了後に郵送もしくはメールにてお送りいたしますので、ご希望をご記入ください。）**
 |

**【送付先】　有害・医療廃棄物研究会事務局**

**ＦＡＸ:０３－５７８９－２０６３**