

(申込等依頼書)

「令和6年度医療機器販売業等の営業所管理者、医療機器修理業の責任技術者に対する継続研修」

令和6年 月 日

ふりがな	
受講者氏名	
施設名	
施設名住所	〒 -
連絡先TEL	( ) -
送信先FAX	( ) -

返信先FAX番号：(0852) 26-5358

※正式な案内要領と専用の申込書をご記入のFAX番号へ送信します。