別紙様式

**関西支部テレビ会議システム見学会　出席登録票**

参加希望会場

東京　・　大阪　（いずれかに○印をお願いします。）

参加希望回

１４：００～　・　１５：００～　・　１６：００～

　（いずれかに○印をお願いします。）

関西支部テレビ会議システム見学会への参加を希望します。

平成　　年　　　月　　　日

氏　　名

所　　属

住　　所

電話番号

　　回答先ファックス番号

　　又は、メールアドレス

**（注：　回答先ＦＡＸ番号又はメールアドレスを必ずご記入ください。）**

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

審査マネジメント部　審査マネジメント課　行

（ＦＡＸ：０３－３５０６－９４４３）