**医療機器審査迅速化のための協働計画における承認審査に関する講習会**

**出 席 登 録 票**

会社名

※１社２名様まで

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者1 | フリガナ  氏　 名 | | 部署名 |
| 受講票  送付先 | 〒　　　　　　－ | |
| TEL | FAX |
| 受講者2 | フリガナ  氏　 名 | | 部署名 |
| 受講票  送付先 | 〒　　　　　　－ | |
| TEL | FAX |

医療機器審査迅速化のための協働計画における承認審査に関するご質問がございましたら、ご記入ください。

|  |
| --- |
| 【質問】 |

11月9日（金）までにFAXにてお申込みください。

申込みが予定数を超えた場合は抽選とさせていただきます。当落の案内および受講票の発送は

11月20日頃を予定しております。