送信先：鳥取大学医学部附属病院　新規医療研究推進センター

Fax : 0859-38-6746

E-mail : amirt.ris@ml.med.tottori-u.ac.jp

**鳥取大学医学部附属病院　医療機器開発人材育成共学講座**

**参加確認書**

　□ 令和６年度　医療機器開発人材育成共学講座に参加します。

□ 令和６年度　医療機器開発人材育成共学講座に参加しません。

上記いずれかにチェックを入れ、下記情報をご記入の上、ファックスまたは電子メールのいずれかの方法でご回答ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加者情報** | | | | | | | |
| **会社・団体名** | |  | | | | |
| **代表者名** | |  | | | | |
| **住所** | | 〒　　　　－ | | | | |
| **電話番号** | | （　　　　）　　　－ | | **ＦＡＸ** | （　　　　）　　　－ | |
| **参加予定者（複数名可）** | | | | | | | |
|  | **氏　名** | | **メールアドレス\*2** | | | **備　考** | |
| **（１）\*1** |  | |  | | |  | |
| **（２）** |  | |  | | |  | |
| **（３）** |  | |  | | |  | |
| **（４）** |  | |  | | |  | |

\*1 事務局より電話や郵便での連絡などがある場合、（１）に記載の連絡担当者様にお送りいたします。

\*2 事務局よりメールでのご連絡がある場合、メールアドレスをご記入いただいた皆さまにお送りいたします。

●共学講座参加にあたってご希望・ご意見等ありましたらお知らせください。

※ここに記載して提供していただきました情報は、医療機器開発人材育成共学講座の案内に関すること以外の目的で利用いたしません。