

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5年度 医療機器開発人材育成共学講座に参加します。  
 令和5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以外  
の目的で利用いたしません。