

平成30年度 第19回 一般社団法人日本医療機器学会  
第2種滅菌技士認定講習会・受講申込書

● 受講会場： 福岡 大阪 横浜 (希望会場に○印を記入)

受講者氏名	
勤務先・部署	
勤務先住所	〒
連絡先	電話 FAX
e-mail	

上記のとおり第2種滅菌技士認定講習会への受講を申込みいたします。  
※FAXかe-mailを記入いただいた方には、申込書受領後、1週間以内に申込  
受付のご返信をさせていただきます。

[備考] 受講票をご自宅に送付希望の方は、下記に別途住所をご記入下さい。

〒

講習費納入の  
振込控コピーの貼付欄