

FAX送信方向

※以下の何れかの方法でお申込み下さい。

・FAX： 03-3946-2138

・WEB： <http://jmamdc.med.or.jp/>

日本医師会総合政策研究機構（吉田・寺下宛）



参加申込書

第6回 医師主導による医療機器開発のためのニーズ創出・事業化支援セミナー

本セミナーでは、様々なアイデアを持つ医師と機器の開発を担う事業者が、どのように臨床現場のニーズを創出し、医療機器開発の推進につなげてゆけばよいか、事業化に関わる見識をお持ちのさまざまな識者とともに展望します。

また同日は、医療機器開発に役立つ展示のほか、既にアイデアをお持ちの医師向けの個別相談や、情報交換会も予定しております（要事前申込）。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

氏名		Email	@
住所	(都道府県のみ)	FAX	- -
所属区分	<input type="checkbox"/> 医師 / <input type="checkbox"/> 医療機関・医療関連職種 (看護師・薬剤師・臨床工学士・臨床検査技師・事務職等) <input type="checkbox"/> 大学 / <input type="checkbox"/> 研究機関 <input type="checkbox"/> 企業 / <input type="checkbox"/> 行政 / <input type="checkbox"/> 支援機関	電話	- -
所属名称		役職	
案件相談 ※医師のみ	<input type="checkbox"/> 希望する (希望時間帯 ___時___分から___時___分) / <input type="checkbox"/> 希望しない		
情報交換会	<input type="checkbox"/> 希望する (参加費 5,000円(税込) ※1キャンセル規定参照) / <input type="checkbox"/> 希望しない		
セミナー案内	<input type="checkbox"/> 希望する (今後の関連セミナーの情報をご案内致します。) / <input type="checkbox"/> 希望しない		

※1. 情報交換会のキャンセルは、開催日の3日前までにご連絡下さい。

それ以降にキャンセルが発生した場合、参加費を請求させていただきますのでご了承下さい。

※2. 定員になり次第、締め切らせて頂きます。

※3. 複数名ご参加の場合には、こちらの用紙をコピーしてお申し込みください。

※4. 参加希望者の個人情報、本セミナーの運営にのみ使用致します。

※5. 当日、広報撮影用のカメラが入りますことをご了承ください。

会場のご案内

ホテルニューオータニ博多



〒810-0004

福岡市中央区渡辺通1-1-2

※会場に関するお問合せは、下記の窓口
にお願いします。



本セミナーに関する 窓口

日医総研 医療機器開発支援窓口 (Webサイト) : <http://www.jmamdc.med.or.jp>

お問い合わせメールアドレス : supportdesk@jmamdc.med.or.jp

担当: 日医総研 吉田・寺下

(事務局記入欄 受付日___月___日 受付番号___ 受付者___)