

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

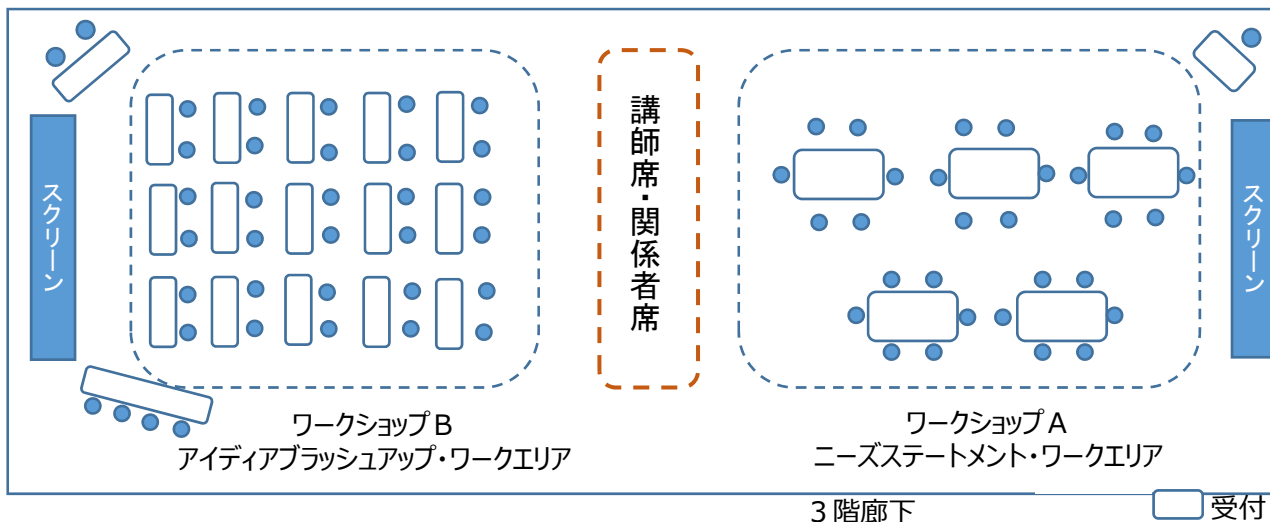
・WEB： <http://jmamdc.med.or.jp/>

日本医師会総合政策研究機構（吉田・寺下宛）



## 会場のご案内

日本医師会館 3階 小講堂・ホール



## FAX用参加申込書

### 第5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

|                 |   |       |     |
|-----------------|---|-------|-----|
| 氏名              |   | Email | @   |
| 住所              | (都道府県のみ)  | FAX   | - - |
| 所属区分            | <input type="checkbox"/> 医師<br><input type="checkbox"/> 大学 / <input type="checkbox"/> 研究機関<br><input type="checkbox"/> 企業     | 電話    | - - |
| 所属名称            |   | 役職    |     |
| 参加を希望するワーク (択一) | <input type="checkbox"/> ワークショップA：ニーズステートメント・ワークへの参加を希望します。<br><input type="checkbox"/> ワークショップB：アイディアブラッシュアップ・ワークへの参加を希望します。 |       |     |
| 情報交換会           | <input type="checkbox"/> 希望する (参加費 3,000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は、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。

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](mailto: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 \_\_\_)