第 19 回有害・医療廃棄物処理技術セミナー参加申込書

(平成28年2月4日(木)~5日(金)開催) 年 申込目 月 日 フリガナ 会員種別(○印をつけてください) 1. 有害・医療廃棄物研究会会員 氏 名 2. 廃棄物資源循環学会会員 3. 日本医師会会員 会員番号 全国産業廃棄物連合会会員 5. 廃棄物・3R研究財団会員 7. 学 生 8. 非 会 員 勤務先名 所属部署名 役職 勤務先所在地 Ŧ TEL FAX E-mail **職種・業種**(○印をつけてください。回答がその他の場合は具体的に記入してください) 医師 保健師 登録衛生検査所 処理容器製造・販売 建設業 歯科医師 助産師 収集運搬業 医薬品製造・販売 コンサルタント 獣医師 臨床検査技師 中間処理業 検査試薬製造・販売 ビルメンテナンス 病院事務 薬剤師 最終処分業 医療機器製造·販売 研究·教育機関 廃棄物検査分析 処理施設製造·販売 看護師 病院施設係 その他() 本セミナーを知った理由 1. 研究会からの案内 2. 研究会ホームページ 後援団体からの案内 4. 研究会会員の知人に聞いて 5. 学会等の機関誌() 6. 雑誌・新聞 () 7. その他 (集合場所 1. 行き: A JR 旭川駅(電車利用) B 旭川空港(飛行機利用) 2. 帰り: A JR 旭川駅(電車利用) B 旭川空港(飛行機利用) 宿泊希望について 1. A 喫煙 B 禁煙 2. A 一人部屋希望 B 相部屋 (人) ※相部屋の場合、マイナス 1,000 円となります。 ◎キャンセル料: <前日・当日 15,000円 /前々日 7,500円> +手数料 ※通信欄(請求書が必要な方はご記入下さい、領収証は当日お渡しします) お振込み予定日をご記入ください。 ※振込期限:平成28年1月29日(金) 月 日

> 【送付先】 有害・医療廃棄物研究会事務局 FAX: 03-5789-2063