

第 19 回有害・医療廃棄物研修会参加申込書

(平成 24 年 2 月 10 日(金) 開催)

申込日 年 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 2. 廃棄物資源循環学会会員 3. 日本医師会員 4. 全国産業廃棄物連合会会員 5. 廃棄物・3R研究財団 7. 非会員 8. 学生	性別		
氏名		男性		
会員番号		女性		
勤務先名				
所属部署名		役職		
勤務先所在地 〒				
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
薬剤師	病院事務	最終処分業	医療機器製造・販売	研究・教育機関
看護師	病院施設係	廃棄物検査分析	焼却炉製造・販売	
その他 ()				
本セミナーを知った理由				
1. 会員への通知		4. 会員の知人に聞いて		
2. 学会等の機関誌 ()		5. 研究会ホームページ		
3. 雑誌・新聞 ()		6. その他 ()		
※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。				
月		日		

【送付先】 有害・医療廃棄物研究会事務局
FAX: 03-5408-9825