

平成28年度 大阪大学MEIプロフェッショナルコース 申込用紙
 メディカルデバイスデザインコース



フリガナ			
氏名	姓	名	
勤務先名			
勤務先所在地	〒 □□□ - □□□□	都・道 府・県	市・区 郡
勤務先電話・FAX	TEL:	FAX:	
メールアドレス	事務局からのご連絡はすべてメールのため、正確にご記入願います。(携帯不可)		
受講希望会場	<input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 東京 ※ それぞれに定員がございますので、先着順となります。		
請求書宛名	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 個人名	請求書送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	※ ご連絡先が勤務先の場合は下段の記載は不要です。	
連絡先住所	〒 □□□ - □□□□	都・道 府・県	市・区 郡
連絡先電話・FAX	TEL:	FAX:	

受講希望プログラム (□にチェック願います)	受講料(税込)	申込締切日※ ¹
<input type="checkbox"/> 【レギュラープログラム】	¥230,400	5月 9日
医療機器開発のための臨床医学 I		
医療機器開発のための臨床医学 II		
医療機器開発のマネージメント I (薬事・法規則・倫理・知財)		
医療機器開発のマネージメント II (組織・運営・資金・販売)		
医療機器開発の実際		
医療機器開発の実践		
<input type="checkbox"/> 【アドバンスプログラム】 ※レギュラープログラムの受講必須	¥50,000	別途ご案内
医療機器開発のための病院実習		

※¹ 締切日以降の申し込みについては、事務局までお問い合わせください。

受講のお申し込み時にいただきました個人情報は、講義を円滑に受講していただく目的での連絡と情報の提供に限定して利用させていただきます。当コースに関係のない第三者に開示することはありません。

【事務局】

〒530-0005 大阪市北区中之島4-3-53
 一般社団法人 臨床医工情報学コンソーシアム関西 内
 大阪大学MEIプロフェッショナルコース事務局
 Mail : mei-pro@mei.osaka-u.ac.jp
 Tel : 06-6444-2144 Fax : 06-6444-2141



大阪大学国際医工情報センター

センター長 殿

個人情報保護に関する誓約書
及び
著作権保護に関する誓約書

私は、国立大学法人大阪大学国際医工情報センターが主催する「平成28年度大阪大学国際医工情報センターMEIプロフェッショナルコース」で知り得た個人情報、および講義資料について第三者に故意または過失によって漏洩、あるいは転用・使用したりいたしません。

平成 年 月 日

氏名 _____ (自署名)