**第3１回有害・医療廃棄物研修会参加申込書**

（令和6年3月7日(木)）

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．日本医師会会員  ４．全国産業資源循環連合会（県産廃協会員）  ５．廃棄物・３R研究財団会員  ６．産業廃棄物処理事業振興財団会員  ７．学　　　生　　８．非　会　員 |
| **氏　名** |
| **会員番号** |
| **勤務先名**  **所属部署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職** | |
| **勤務先所在地**  **〒**  **TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX**  **E-mail**  ＊視聴サイトのＵＲＬをお送りしますので、必ずご記入ください。 | |
| **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） | |
| 医療関係（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 収集運搬業　　　　　　処理容器製造・販売　　　　　　処理施設製造･販売 | |
| 中間処理業　　　　　　医薬品製造・販売　　　　　　　プラントメーカー | |
| 最終処分業　　　　　　医療機器製造・販売 | |
| 自治体職員　　　　　　学　生　　　　　　　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| **本研修会を知った理由** | |
| １．研究会からの案内　　　　　　　　　　　　　２．研究会ホームページ | |
| ３．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　（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **お振込み予定日をご記入ください。※ご入金を確認できない場合はご参加いただけません。**  **月　　　　　日** | |
| * **通信欄（請求書または領収書が必要な方はご連絡下さい。領収証は講演終了後に郵送もしくはメールにてお送りいたしますので、ご希望をご記入ください。）** | |

**【送付先】　有害・医療廃棄物研究会事務局**

**ＦＡＸ:０３－５７８９－２０６３**

**E-mail : iken@tiara.ocn.ne.jp**