

# 第30回有害・医療廃棄物研修会参加申込書

(令和5年3月3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)			
氏名	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			
会員番号	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 7. 学 生 8. 非 会 員			
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	処理施設製造・販売	
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