

日機装(株)人工腎臓装置保守管理研修申込書

コース記号 (参加コースを記入願います) E2-1	フリガナ ニッキソウ タロウ 日機装 太郎	性別 男	年齢 30 歳	靴サイズ 26.0 cm	前日宿泊・当日宿泊
対象機種 DAB-E DCS-27	氏名 ニッキソウ ビョウイン 日機装病院	勤務先住所 〒 421-0496 静岡県 牧之原区 静谷 498-1		TEL 0548 (2)	研修前日より日機装の宿泊施設を利用される方は前日宿泊に○をし、当社宿泊施設案内の欄に記入してください。 研修当日に直接工場に来社される方や日機装の宿泊施設を利用されない方は当日来社に○を記入してください。
研修参加期間 (確認のため記入願います) 4/7~4/10	勤務先名 日機装病院	勤務先住所		所属部署名 M	
オプション研修 (希望の方は○をつけてください) 希望する	TEL 0548 (2)	TEL 0548 (2)		TEL 0548 (2)	
当社宿泊施設案内 当社宿泊施設 (日機装静岡研修センター) への申し込みも承っております。宿泊ご希望の方は下記の項目を記入願います。 宿泊費: 4200円 (1泊2食付、消費税込) (全室禁煙です。喫煙は喫煙室でお願いします。静岡研修センター到着時に滞在予定日数分の宿泊費を徴収させていただきます。研修前日に宿泊され夕食を召しあがる方は研修センターに 20時 までにお越し願います。また、到着時刻が 22時 を超える場合は必ず研修センターへご連絡ください。(電話: 0548-22-4711)					
宿泊期間 : 4月 6日 (夕) ~ 4月 10日 (朝) 到着予定時刻 18時 30分頃 研修前日宿泊の場合の夕食: 要 ・ 不要					
参加者アンケートにご協力願います 1. あなたの職種について (該当する数字に○をつけてください) 1. 医師 2. 臨床工学技士 3. 看護師 4. 検査技師 5. 事務 6. 営業 7. イトゲン技師 8. その他 ()					
2. 透析業務、保守管理業務の経験 透析業務 2 年 2 ヶ月 保守管理業務 2 年 2 ヶ月					
3. あなたの日常業務 (該当する数字に○をつけてください) 1. 装置の保守管理 2. 臨床・看護 3. その他 ()					
4. 日機装の研修への参加回数 1. 初回 2. () 回目					
日機装製 DAB-30E DCS-27 他社製					

日機装記入欄 記入捺印漏れが無いことを確認後MG90に FAX 願います。 客先コード : 日機装記入欄です 研修費 : 記入不要です 宿泊費 : 記入不要です 特記事項 :	承認	担当

各欄の内容は受付事務処理に使用しますので、正確かつ明瞭に記載をお願いします。
 太枠内記入捺印のうえ、日機装の担当者にお渡しください。
 《個人情報の取扱について》後記入いただいた個人情報は、日機装及び日機装グループ会社において、研修または研修後のお客様へのご連絡のために使用致します。なお、お客様の個人情報は法令に基づき適切に管理いたします。

