平成28年　　月　　日

【FAX 送付先】03－3507－9041

厚生労働省医政局経済課薬価係

医薬品・医療機器の保険適用に関する相談会

申 込 用 紙

医薬品　・　医療機器

（どちらの相談会に参加するか、該当する方に〇をつけてください。）

会場名 希望日・時間	会場　（ご希望時間は幅広にご登録ください。） □13:30～　□14:00～　□14:30～　□15:00～　□15:30～　□16:00～　□16:30～		
勤務先・所属機関			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
申込代表者 ふりがな 氏　　名 （部署・役職） E-mail	（　　） 〈　　〉		
申込者2・氏名 （部署・役職）	（　　）	申込者3・氏名 （部署・役職）	（　　）

※1社3名までの登録としてください。

相談時間（　　分）〈1社最大30分を目安とさせていただきます。〉 ※相談事項をご記入願います。（相談内容を簡潔かつ具体的に記載してください。書ききれない場合は、任意様式でも構いません。）