

医療機器等開発人材育成研修 参加申込書

■下記に必要事項をご記入のうえ、11月14日（金）までメール又はFAXでお申込みいただくか、Google フォーム（下記 URL 又は右記二次元バーコード）からお申込みください。

E-mail : ysaninno#pref. yamagata. jp

（※ 送信の際は、#を@に変換ください。）

F A X : 023-630-2695

<https://forms.gle/f8ekfKJCoAzMTjr57>



貴社名			
所在地	〒		
窓口の方の 所属・氏名		電話番号	
連絡先 (メールアドレス)			
参加者	部署/役職	御氏名	医療機器関連 業務の経験年数
医療分野への 参入状況	☐ 未参入 ☐ 部品製造 ☐ 医療機器製造		

※ お申込み多数の場合、ご参加される方を調整させていただく場合があります。

会場案内等

《アクセスマップ》



《医学部内マップ》



駐車場は山形大学医学部
附属病院の来院者用駐車
場（斜線部分）をご利用
ください。
※来院者駐車場への車の
入場は「→」の順路で入
場ください。