

(Web 受講用)

令和2年度 医療機器販売業等の営業所管理者、医療機器修理業の責任技術者
に対する継続研修 出席確認レポート

(フリガナ) 受講者氏名		受講番号
	印	
営業所(事業所)名		
受講年月日	令和 3 年	月 日
テーマ:		
本文:		
質問事項*(ない場合は空欄で提出してください。)		
キーワード		

※ ここに記入いただいた個人情報は、継続研修関連業務以外には使用いたしません。

* いただいた質問事項に関しては受講者全員が共有できる形で回答いたします。その際は質問者の氏名等は公開いたしません。