以下のフォームに必要事項をご記入の上、当研修の受付期間内に下記まで提出してください。

なお、この書類は受講者選考のために用います。

 提出先：医薬品医療機器の品質確保に関する研修　副主任　寺田　（terada.h.aa@niph.go.jp）

お名前：

ご所属：

連絡先（e-mailアドレス）：

1. 現在の業務内容を以下の欄にご記入ください。

2. 現在、いずれかの分野でリーダー調査員の認定を取得されていますか？

はい （分野名：　　　　　　　　　　　）

いいえ

3. あなたがリーダー調査員の認定を取得しようとしている分野を下記からお選びください。

（複数回答可）

化成原薬

非無菌製剤

無菌製剤

包装表示保管

特になし

4. 応募時点におけるGMP適合性調査の経験回数についてお答えください。

経験回数： 回

上記のうち、包装表示保管区分以外の経験回数： 回

次ページに続きます

5. 当研修に特に期待していることがあれば以下の欄にご記入ください。

以上