＜ＱＭＳ相談会申込書＞

申込み希望日	平成　　年　　月　　日（　）	希望時間 （○で囲む）	13時～　14時～　15時～
会員企業名		連絡先	TEL FAX
担当者 （役職名・氏名）		メールアドレス	
相談事項			

相談内容（具体的に）

○相談場所：中部医療機器工業協会　事務局

〒460-0002　名古屋市中区丸の内 2-14-4　エグゼ丸の内 709 号室

TEL　052-229-1750　　　　FAX　052-229-1751

○相 談 員：中部医療機器工業協会　ＱＭＳ研究会メンバー１～２名

○相談時間：１社　約１時間以内