

2025 年度 メディカル・ロジスティクス基礎研修会 申込フォーム内容

1. 所属施設
2. 所属部署
3. 職種(薬剤師または看護職)
4. 氏名(国際要員 ID)
5. メールアドレス (研修前の案内や e-learning 情報をデータ添付にて案内するため、携帯電話以外のアドレスを記載)
6. 当日連絡がつくご本人の携帯電話番号
7. 過去のメディカル・ロジスティクス基礎研修会の受講歴(あるなら受講年度)
8. 海外派遣歴(あるなら直近3つの期間と事業名)
9. 志望動機(200文字以内)
10. 所属施設担当者の職・氏名
11. 担当者の E メールアドレス