

FAX番号:0748-88-4493

Mail : eh0001@pref.shiga.lg.jp

滋賀県薬務課薬業振興係(薬業技術振興センター)あて

令和8年度第1回薬業スキルアップセミナー(GMP ラウンドテーブル会議 in 滋賀)

参加申込書

企業名			
事業所名			
所在地	滋賀県内 ・ 県外(府・県)		
製造又は製造販売 品目 (あてはまるものを ○で囲ってくださ い。)	<ul style="list-style-type: none"> ・先発医薬品の製剤:無菌 ・先発医薬品の製剤:非無菌 ・後発医薬品の製剤:無菌 ・後発医薬品の製剤:非無菌 ・原薬 ・その他(OTC、添加剤、GMP 対象外) 		
担当者名		電話番号	
メールアドレス			

【参加申込者】

GMP ラウンドテーブル会議の開催にあたり、皆様のご経歴等を把握し、当日プログラムやグループディスカッションの班分けなどの参考とさせていただき本研修会(GMP ラウンドテーブル会議)の開催目的以外には使用しません。

ふりがな		
氏名		
所属部署 (あてはまるものを○で 囲ってください。)	<ul style="list-style-type: none"> ・製造部門 ・サイト QC ・製販 QA ・その他() 	<ul style="list-style-type: none"> ・サイト QA ・技術
役職名(任意記載)		
医薬品業界での経験年数	約 年	
GMP ラウンドテーブル会議への現 地参加実績の有無 ^{※2}	有 ・ 無	
質疑事項(あれば)		