「医療機関における安全な電波利用を考えるワークショップ」
参加申込書

あて先：東海総合通信局電波利用環境課　あて
FAX: 052-971-9396

参加者1	ふりがな **氏　　名**	
	所　　属	
	連絡先 （メール・電話）	Email: 電 話：
	参加時間帯 （いずれかに○）	午前の部　　午後の部　　午前・午後両方
	関心事項 （選択肢から第1～3希望を選んで記入）	【選択肢】 ①携帯電話・PHS、②無線LAN、③医用テレメータ、 ④電波管理体制構築、⑤その他（具体的に記入） 第1希望（　　） 第2希望（　　） 第3希望（　　）
参加者2	ふりがな **氏　　名**	
	所　　属	
	連絡先 （メール・電話）	Email: 電 話：
	参加時間帯 （いずれかに○）	午前の部　　午後の部　　午前・午後両方
	関心事項 （選択肢から第1～3希望を選んで記入）	【選択肢】 ①携帯電話・PHS、②無線LAN、③医用テレメータ、 ④電波管理体制構築、⑤その他（具体的に記入） 第1希望（　　） 第2希望（　　） 第3希望（　　）