日本薬局方一般試験法に関する技術研修会

**日局エンドトキシン試験法－エンドトキシン標準品の取扱いを中心として－**

技術研修会 受講申込書

■必要事項をご記入の上、本申込書ファイルをページ末に記載のメールアドレス宛に送信してお申し込みください。

お申込日：　 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 勤務先 |  | | |
| 所属部署 |  | | |
| 役職 |  | | |
| 勤務先所在地 | 〒 | | |
| 連絡先 | TEL： | | FAX： |
| E-Mailｱﾄﾞﾚｽ：  ※必須 |  | |
| @ | |
| 当財団会員種別 | 賛助会員（ 法人　 個人）　　 　 非会員　　　　　 不明 | | |
| 受講希望日 | A：2025年1月23日  B：2025年1月24日  A, Bのいずれでも可（1月上旬頃までに、こちらから受講日をご連絡いたします） | | |

■ ご記入いただいた情報は、当財団が実施する技術研修会の運営にのみ利用させていただきます｡

■ 申込書を受付後、お支払方法をメール\* にてご案内いたします。

\* [jprslab-trg@pmrj.jp](mailto:jprslab-trg@pmrj.jp) から　送信いたします。お手数ですが、受信許可設定をお願いします。

■ 定員になり次第締め切らせていただきます。お支払方法をご案内後、1週間以内に入金が確認されない場合はキャンセル扱いとなりますのでご了承ください。

■ 入金確認完了後、5営業日以内に受講券をメールにて送信いたします。入金後、5営業日以内に受講券が届かない場合は、お手数ですが本ページ末に記載の問い合わせ窓口にご連絡ください｡

※**お手数ですがご記入をお願いいたします。ご記入いただいた内容は、講義や実習の際に参考にさせていただきます。**

１）　エンドトキシン試験を実施されている目的をお教えください｡　（例：医薬品等の品質試験）

　 　（ ）

２）　エンドトキシン試験のご経験年数をお教えください｡　　（　　　　　　 　　年　）

３）　測定経験のあるライセート試薬をお教えください（あてはまるものすべてに○をつけてください）｡

１． 生化学工業販売 ｴﾝﾄﾞｽﾍﾟｼｰES-50M ・ ﾄｷｼｶﾗｰLS-50M ・ ﾊﾟｲﾛﾃﾙ ・ ﾊﾟｲﾛｽﾏｰﾄNextGen その他（ ）

２． 富士ﾌｲﾙﾑ和光純薬販売　　　ﾘﾑﾙｽES-II ・ ﾘﾑﾙｽｶﾗｰKY ・ ﾊﾟｲﾛｽﾀｰNeo＋　 その他（ ）

３． ロンザ販売 Kinetic-QCL ・ ﾊﾟｲﾛｼﾞｪﾝﾄ ・ ﾊﾟｲﾛｼﾞｰﾝ rFC　　　 その他（　　　　 　　　 　）

４． その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

４）　３） でお答えいただいた試薬のうち、普段お使いになっている試薬をお教えください｡　　（ ）

５）　エンドトキシン試験に使用されている希釈用試験管、チップはどのようなものをお使いかお教えください｡

　　　[希釈用試験管] 製品名（　　　　　　　　 　　　　　 　 　　　　　　） メーカー（　　　　　　 　　 　　　 　 　　 　 　　　 　　）

　　　[チップ]　 製品名（　　　　　　　　　　 　 　　 　　　 　　　　） メーカー（　　　　　　 　　　　 　　 　　　　　 　 　　）

６）　日本薬局方エンドトキシン標準品に関して、ご質問などがございましたら、お書きください｡

　 　（ ）

　　ご協力ありがとうございました｡