

福井認知症診療連携懇話会 ご案内

<参加申込書>

懇話会参加希望の方はFAXあるいはE-mailにて

6月19日（月）までにお申し込み下さい。

● FAXによる申し込み

(この用紙を使い、下記に情報をお書きの上、FAXをお願いいたします。)

申し込み先FAX番号：0776-29-0025 第一三共（株）西岡

お名前	勤務先	ご職種
		医師・薬剤師・看護師・栄養士・その他（ ）
		医師・薬剤師・看護師・栄養士・その他（ ）
		医師・薬剤師・看護師・栄養士・その他（ ）
		医師・薬剤師・看護師・栄養士・その他（ ）
		医師・薬剤師・看護師・栄養士・その他（ ）

● E-mailによる申し込み：

nishioka.nobuyuki.un@daiichisankyo.co.jp

お名前・ご勤務先・職種を明記の上、返信をお願いいたします。

※ご記入いただきました個人情報は、懇話会開催準備のために使用いたします。
個人情報は共催関係者および業務委託先を除く第三者に開示・提供することはありません。
又、弊社の個人情報保護方針に基づき、安全かつ適切に管理いたします。

問い合わせ先：第一三共（株）西岡 伸介

〒910-0005 福井市大手2-7-15 明治安田生命福井ビル 7F
TEL090-6954-2231