

第8回福井認知症診療連携懇話会

<参加申込書>

懇話会参加希望の方はFAXあるいはE-mailにて

10月20日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をお願い致します。)

申し込み先FAX番号 : 0776-25-7170 Meiji Seikaファルマ (株) 岡田 圭司

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 : keiji.okada@meiji.com

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 : MeijiSeikaファルマ (株) 岡田 圭司

〒910-0003 福井市大手3-4-1 福井放送会館 2F

TEL0776-25-2155