

福井認知症診療連携懇話会

<参加申込書>

準備の関係上、参加希望の方はFAXあるいはE-mailにて
6月4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）陸川

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

●E-mailによる申し込み：

rikukawa.tomokazu.nf@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。

※当日はご参加いただいた確認のため、ご施設名・ご芳名のご記帳をお願い申し上げます。
ご記帳いただいたご施設名・ご芳名は、医薬品の適正使用情報および医学・薬学に関する情報の提供のために利用させていただきます。何卒ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

問い合わせ先：第一三共（株）陸川 友和
〒910-0005 福井市大手2-7-15 明治安田生命福井ビル 7F
TEL080-1118-2456