

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
8月21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：0776-21-0863 小野薬品工業株式会社 丸岡 大輔

ご芳名	ご勤務先	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：maruoka@ono.co.jp

ご芳名・ご勤務先・ご職種を明記の上、返信をお願い致します。

※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致します。

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致します。

問い合わせ先：小野薬品工業株式会社 丸岡 大輔

〒910-0067 福井市中央3丁目6-2(損保ジャパン日本興亜福井ビル4F)

TEL：0776-21-0808