

# 第12回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  
10月23日（火）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：0776-25-7170**

**MeijiSeikaファルマ（株）谷本まで**

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：masakazu.tanimoto@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）谷本 雅一**  
**〒910-0003 福井市大手3-4-1 福井放送会館 2F**  
**TEL0776-25-2155**