

# 第17回ふくいの在宅医療を支える会ご案内

## <参加申込書>

当会へ参加ご希望の方は、FAXあるいはE-mailにて、10月26日（金）までにお申し込み下さい。

### ● FAXによる申込み

(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)

申込先FAX番号： **0776-22-6317** (塩野義製薬 福井営業所)

お名前	
ご勤務先	
職種	
ご連絡先	

### ● E-mailによる申込み

塩野義製薬福井営業所 竹田 光宏 宛 (mitsuhiro.takeda@shionogi.co.jp)

お名前・ご勤務先・職種・ご連絡先を御明記の上、御送信をお願い致します。

ご記入頂きました個人情報は、講演会の開催準備のために使用いたします。

個人情報は、主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。

#### ◆お問い合わせ先◆

塩野義製薬 福井営業所 担当 竹田 光宏

〒910-0005

福井市大手2丁目7番15号 明治安田生命ビル8階

Tel 0776-22-0482 FAX0776-22-6317