

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
2月13日までにお申し込みください。

●FAXによる申し込み

下記の表にご記入いただき、FAXをお願いいたします。
申込先FAX番号：0776-26-9661 株式会社ツムラ

| 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

Mailアドレス：tatamino_nobuhiko@mail.tsumura.co.jp
お名前・ご勤務先・ご職種を明記いただき、ご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。
また、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：株式会社ツムラ 豊野 信彦 (タミノ ノブヒコ)
〒910-0006 福井市中央3-1-5 (三谷中央ビル9F)
TEL：0776-26-9660