

# 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17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：kouchi\_kiyotaka@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 河内 清隆 (コウチ キヨタカ)  
〒910-0006 福井市中央3-1-5 (三谷中央ビル9F)  
TEL：0776-26-9660