ＭＳＤ（株）　担当　河津 行

FAX番号 ０９２－４７４－０７２３

申込み締切り： 6月 12日（月）

定員:100名（要予約･先着順） ※定員になり次第締切とさせて頂きます

参加費として医師のみ500円を徴収させていただきます
（研修医、コ・メディカルの方は無料です）

第11回 ChiLD セミナー　御参加申し込み書

日 時 ： 2017年 6月 19日（月） 19:15 ～ 20:45

場 所 ： 福岡大学筑紫病院 3F ガーデンホール

福岡県筑紫野市俗明院1-1-1　　TEL:092-921-1011

御氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊ 連名可

部署･病棟名

御施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

御連絡先　Tel　（　　）　　-＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Fax　（　　）　　-＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（　所属機関　・　自宅　・　その他　）

募集定員を超えた場合、参加をご遠慮いただく旨連絡させていただきますので、連絡先は必ずご記入ください。

お申込み受付完了のご連絡先　（　Tel　・　Fax　・　連絡不要　）

＊ 個人情報保護法に基づき、弊社はご出席者の氏名･御施設名･職種などの個人情報を次の利用目的に使用いたします。
【利用目的】出欠の確認