**『第12回京滋心臓血管術中エコー研究会』FAX申込書**

ご参加申込書は、**1１月27日（月）**までにFAXでご送信をお願い申し上げます。

**FAX：０６-６２７１-１１２８**

**丸石製薬株式会社　担当：池澤　　行**

**\*単位認定証作成のため、『御芳名』、『貴施設名』、『診療科』は必ず正式なものを**

**ご記入くださいますよう、お願い申しあげます。**

**\*希望するコースを次の中からお選び頂き、枠内に○をご記入ください。**

**\* Aコース ： 【第Ⅰ部　教育講演 ・ ランチョンセミナー】のみ参加**

**\* Bコース ： 【第Ⅱ部　実習 ― Wet Lab ―　】のみ参加**

**\* Cコース ： 【第Ⅰ部 / 第Ⅱ部】全日参加**

**代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Mail（※必須）**

**※必ずご連絡が出来るメールアドレスをご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **御 芳 名** | **貴 施 設 名** | **診 療 科** | **希望するコース** |
|  |  |  | **A　　B　　C** |
|  |  |  | **A　　B　　C** |
|  |  |  | **A　　B　　C** |
|  |  |  | **A　　B　　C** |
|  |  |  | **A　　B　　C** |
|  |  |  | **A　　B　　C** |

・ご提供いただいた個人情報は、弊社の丸石製薬株式会社個人情報保護基本方針・プライバシーポリシーに基づき、安全かつ厳密に管理いたします。（<http://www.maruishi-pharm.co.jp/personal/index.html>）

・個人情報は、資料のご送付に関してのみ使用します。

・個人情報は第三者に開示・提供・預託することはありません。