

FAX
送信方向

FAX. 03-5510-4803

参加申込書

参加票は開催2週間前より
発送させていただきます。

ふりがな

ご芳名

施設名

ご所属
(診療科名)

ご所属の
地区医師会名

参加票発送先ご住所…………… 勤務先 / 自宅 (チェックをお願いいたします)

〒

TEL: () —

FAX: () —

個人情報の取扱いについて

この申込書により取得いたしました先生の情報は、日本医師会、福岡県医師会、グラクソ・スミスクライン株式会社に
おいて、以下の点において先生のご承諾がいただけた事項のみに利用いたします。

そこで、ご了承いただけない点がございましたら、に印の程、お願い申し上げます。

- 先生に日医生涯教育協力講座 セミナー「COPD診療にいかに取り組むか」の参加の確認、参加票を
発送するため。……………
- 公益社団法人日本医師会及び公益社団法人福岡県医師会に日本医師会生涯教育講座3単位を申請
するため。……………
- グラクソ・スミスクライン株式会社が本セミナー「COPD診療にいかに取り組むか」に関する医学・
薬学情報等を提供するため。……………

[会場のご案内]

福岡県医師会館 大ホール

〒812-8551
福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号
TEL:092-431-4564

- JR博多駅より
 - ・筑紫口から徒歩15分
 - ・西鉄バス「博多駅B」～「駅南2丁目」約10分



参加お申し込み
お問い合わせ先

日医生涯教育協力講座 博報堂事務局

〒150-0042 東京都渋谷区宇田川町2-1-823

TEL.0120-322-043 FAX.03-5510-4803 (お問い合わせ:土日祝日を除く10:00~18:00)