

参加申込書

参加票は開催日の2週間前から開催3日前まで順次発送させていただきます。期日までにお申し込みが間に合わなかった先生ならびに開催2日前(12月18日(木))までに参加票をお受け取りいただけていない先生は、当日直接会場までお越しください。

ふりがな

ご芳名

施設名

ご所属

(診療科名)

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、アステラス製薬株式会社において、以下の点において先生のご承諾がいただいた事項のみに利用いたします。

そこで、ご了解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「かかりつけ医のための泌尿器疾患診療のポイント」の参加……………☐
の確認、参加票を発送するため。
- 日本医師会及び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……………☐
- アステラス製薬株式会社が、本セミナー「かかりつけ医のための泌尿器疾患診療のポイント」に……………☐
関する医学・薬学情報等を提供するため。

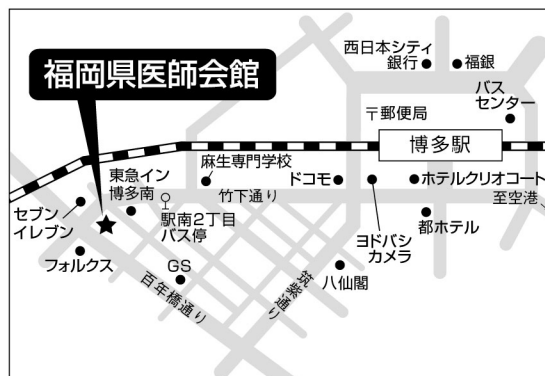
[会場のご案内]

福岡県医師会館 5階 大ホール

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2-9-30
TEL.092-431-4564

- 博多駅筑紫口から徒歩15分
- 西鉄バス「博多駅郵便局前B」～「駅南2丁目」約10分
- 福岡空港から車で約15分
- 博多駅方面からは都市高速「榎田ランプ」出口より約10分
- 太宰府方面からは都市高速「半道橋ランプ」出口より約15分

※駐車台数が限られておりますので、できるだけ公共交通機関を利用してお越しください。



参加お申し込み
お問い合わせ先

日医生涯教育協力講座セミナー「かかりつけ医のための泌尿器疾患診療のポイント」事務局
(株)協和企画 〒105-8320 東京都港区虎ノ門1-10-5 日土地虎ノ門ビル
TEL.03-6838-9232 FAX.0120-75-1695 《お問い合わせ:土日祝日を除く 10:00～18:00》

FAX
送信方向

FAX. 0120-75-1695