

FAX
送信方向FAX. 0120-75-1695
フリーダイヤル

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(6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、第一三共株式会社において、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「認知症に寄り添う」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。…………☐

▼第一三共株式会社が、本セミナー「認知症に寄り添う」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B」(博多郵便局前)～「駅南2丁目」約10分
- 福岡空港からタクシーで約15分
- 北九州方面から都市高速「博多駅東ランプ」出口より10分
- 筑後方面から都市高速「半道橋ランプ」出口より10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ご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「認知症に寄り添う」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》