

参加申込書

第5回 感染症診断フォーラムー仙台ー 《平成 29 年 9 月 30 日(土) 開催》

ご施設名 ※必須			
参加者 (代表者)	ご所属・役職		
	ご氏名 ※必須	先生	
	TEL/FAX ※必須	TEL: ()	FAX: ()
	E-mail	E-mail: @	
参加者 (その他)	ご氏名 ※フルネームでお願いいたします。		

個人情報の取り扱いについて： ご記入いただきました個人情報は、参加エントリーのために利用し他の目的のためには使用いたしません。

申込書の受け付け完了を弊社よりFAXにてご連絡申し上げますので、お手数ですがFAX番号も忘れずにお書きください。

参加者アンケート

当フォーラムは、安心・安定してアリーア製品をお使い頂くために、感染症の迅速診断に関連する知識の習得を目指した会とし、参加者が自主的に勉強に取り組める学術的な会をめざしております。

今回のテーマは、薬剤耐性関連が主です。その関連で、各施設において日々疑問に感じている事や弊社への要望事項などございましたら、ぜひ下記の「質問と要望事項」の欄にご記入ください。

各先生方から頂いた回答は当日の講演内容に取り入れて頂くか、後日担当者からご施設にお持ちできるように致します。

○質問と要望事項

現在普段の仕事において、困っている事や弊社への要望事項などがございましたら、下記にお書き下さい。

{

}

平成 28 年 9 月 15 日までにご記入の上、下記 FAX 番号にご返信下さい。

又は、弊社担当者にお渡しください。

アリーア メディカル株式会社 営業プロミネーション

〒163-0807

東京都新宿区西新宿 2-4-1 新宿 NSビル 7F

FAX : 03-5326-7177 (安齋宛)