

## 参加申込書

### 第4回 感染症診断フォーラム－東北－ 《平成 28 年 10 月 8 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、感染症全般が主です。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、困っている事や弊社への要望事項など。)

{

平成 28 年 9 月 20 日 までにご記入の上、下記 FAX 番号に御返信ください。  
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 仙台オフィス  
FAX : 022-207-7208 (関口宛)

〒983-0852  
宮城県仙台市宮城野区榴岡 4-12-12 MB 小田急ビル 2F