

《第20回 慶友会グループ 医学講演会 事前申込書》

ふりがな お名前 様	ご連絡先 TEL (携帯)
ふりがな お名前 様	ご連絡先 TEL (携帯)
ふりがな お名前 様	ご連絡先 TEL (携帯)

医療法人社団 慶友会
吉田病院 地域連携室

FAX 0166-27-8001

上記の欄に必要事項をご記入のうえ、FAXでお申込みください。

※メールでのお申込みも承っております。

MAIL : kouenkai@keiyukai-group.com

お申込みは先着順となりますのでご了承くださいませ。
(定員を超えた場合は別途ご連絡を差し上げます)



事前申込に関する個人情報の利用目的について

- 吉田病院では、個人情報に関する法令、その他規範および吉田病院に定める「個人情報保護方針」を遵守し、個人情報を適切に管理します。
- 事前申込に際し提供いただく個人情報は、第20回医学講演会のための事務作業、必要に応じて参加者様への講演に関しての電話連絡などの目的で利用します。
- 吉田病院では、法令に定める場合を除き、あらかじめ情報主体の同意を得ることなく個人情報を第三者に提供することはありません。

お問い合わせ先 平日 8:30~17:00 土曜日 8:30~12:30
吉田病院 地域連携室 TEL 0166-25-9661 (直通)