

# 第 20 回成人先天性心疾患セミナー 参加申込書

## 成人先天性心疾患セミナー事務局行

FAX : 03-5227-8631

<個人情報の取り扱いについて>

ご記入いただいた個人情報は、第 20 回成人先天性心疾患セミナーの参加受付と同セミナーに関するお知らせ(開催案内・緊急連絡等)のためにのみ使用します。個人情報を業務委託先に預ける場合がありますが、その他の目的で情報を第三者に提供することはありません。

個人情報の利用目的の通知、開示、訂正、追加または削除、利用停止、消去および第三者提供停止などのお問い合わせは、日本成人先天性心疾患学会事務局 (jsachd-post@bunken.co.jp、Tel: 03-6824-9380) にて承ります。個人情報の取扱いに同意する場合は、下記の□にチェックしてください。

個人情報の取扱いに同意する

記入日： 月 日

参加区分 <small>※該当区分に✓をしてください 参加費にはテキスト代を含んでいます。</small>	<input type="checkbox"/> 医師：10,000 円 <input type="checkbox"/> 多領域専門職：5,000 円 <input type="checkbox"/> 患者様：1,000 円 <input type="checkbox"/> 学生：無料 (当日受付にて学生証をご提示ください)
ふりがな	
ご芳名	
所属施設・診療科目 <small>(患者様の場合、記載不要です。)</small>	
ご住所	( <input type="checkbox"/> ご勤務先・ <input type="checkbox"/> ご自宅) ※該当区分に✓をしてください 〒
電話番号	
Fax 番号	
E-mail	

恐れ入りますが準備の関係もあり 2019 年 5 月 30 日 (木) までに  
ご連絡いただければ幸いです。