

FAX:03-3806-7732

(24 時間受付)

FAX専用 ピジョンセミナー参加申込書

医療従事者向けピジョンセミナー
小児科医が伝える母乳育児支援 セミナー参加申込書

<お申込注意事項>

◎FAX受信完了後、7日～10日目安で「受付・入金のご案内」をピジョンセミナー事務局より、郵送いたします。

(11日以上経っても届かない場合は、恐れ入りますが、事務局までお知らせください。)

◎下記、必須項目は全てご記入ください。未記入がございまして、申込受付ができませんので、ご注意ください。

◎複数でご参加ご希望の場合のまとめた申し込みは、同施設の方に限ります。

◎各会場先着順受付です。1施設あたりの申込人数制限はありませんが、満員の場合は、ご容赦戴きますようお願い致します。

今後のセミナーの参考に、以下アンケートより、ご意見をお聞かせください。

FAX送信日 2017年 月 日

【1】医療従事者向けピジョンセミナーはどちらで知りましたか？(一つチェック)

1. 学会会場	2. ピジョン・スタッフからの紹介	3. ピジョンからのダイレクトメール	4. 友人・知人の紹介
5. 職場・同僚	6. Facebook	7. その他()	

【2】医療従事者向けセミナーへの応募動機をお聞かせください。(あてはまるものに全てチェック)

1. 日程がよい	2. 時間がよい	3. 場所がよい	4. 講師の先生	5. 内容に興味がある	6. 業務に役立ちそう
7. お土産に興味がある	8. 参加費が良い	9. なんとなく	10. その他()		

アンケートのご記入ありがとうございました。

【セミナー申込書】 ※申込受付開始前及び下記項目「*欄」の記入漏れがある場合は受付出来ませんので予めご了承ください。

※セミナー参加希望日 2017年 月 日 ()	※参加希望地に○印つけてください。(講師: 塚 武男 先生) 開催地: 仙台(4/23) 広島(5/28) 東京(6/18) 札幌(7/16) 京都(9/3) 福岡(12/17)
------------------------------------	--

申込登録のご住所・ご連絡先(所属先)を記入してください。申込受付等のご登録は原則、所属施設を優先で行っております。

※ご所属先(病産院名・学校)	※部署名(病棟名)
-----------------------	------------------

※受付確認書・参加証お届け先ご住所を選択してください。 ご所属先施設宛 (原則こちらでお願い致します。) / ご自宅宛

〒 - 都道府県 市区

※代表者 資格:助産師 /看護師 /保健師 医師/栄養士 他(記入) お名前 (フリガナ)	参加者4 資格:助産師 /看護師 /保健師 医師/栄養士 他(記入) お名前
---	--

参加者2 資格:助産師 /看護師 /保健師 医師/栄養士 他(記入) お名前	参加者5 資格:助産師 /看護師 /保健師 医師/栄養士 他(記入) お名前
--	--

参加者3 資格:助産師 /看護師 /保健師 医師/栄養士 他(記入) お名前	参加者6 資格:助産師 /看護師 /保健師 医師/栄養士 他(記入) お名前
--	--

※代表者優先連絡先 施設または携帯 — —	第二連絡先 施設または携帯 — —
---------------------------------	-----------------------------

◎セミナー受付確認書、当日参加証は、開催日2週間前目安でお申込いただきました代表様宛に一括して郵送致します。

◎メールでお申し込みされる場合は、上記セミナー申込書記入内容を明記の上、ピジョンセミナー事務局まで送信してください。

ご質問等あればご記入ください。

■主催:ピジョン株式会社 お客様がアンケートに記載された情報は、ピジョン(株)が適切に管理します。ご入力いただきました個人情報は、セミナーの対応に必要な範囲で使用いたします。なお、回答された内容についての照会、削除あるいは修正については、下記、経営企画本部 IR・広報室まで、ご連絡願います。

経営企画本部 IR・広報室 個人情報保護法についての連絡先 TEL:03-3661-4200(代) 個人情報保護法についてのお問い合わせ時間:平日(月～金)9:00～17:00

■ピジョンセミナー事務局 セミナーについての問合せ先 TEL:090-8514-2556 e-mail: info@petitbreast.com