

2015 年度第 1 回セミナー「リキッドバイオプシーが変えるがん診断の近未来像」参加申込書

年 月 日

いずれかに○をご記入ください→ ()セミナーのみ参加 ()セミナーと情報交換会に参加	
フリガナ	
貴社名	
フリガナ	
所在地	〒(-)
フリガナ	
氏名	
部署名	
役職	
連絡先	TEL FAX E-mail
請求書 送付先	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 ⇒下記にご記入ください。 住所 〒(-) 送付先部署名 送付先ご担当者名
連絡事項	

⚠ お申し込みに関するご注意

- ・参加予定の方がご都合の悪い場合は、代理の方のご出席も可能です。事前にご連絡ください。
 - ・キャンセルされる場合は、**8月28日(金)まで**にご連絡ください。
- 開催前日および当日のキャンセルはお申し受けいたしかねますのでご了承ください。

上記参加申込書にご記入いただく個人情報は、当社からの各種ご連絡、お問い合わせ、レポート類の発送のみに使用させていただきます。ご連絡、発送のために個人情報を委託先に委託する場合があります。第三者への提供をすることはありません。個人情報のご提供は任意ですが、ご提供いただけない場合は発送等に支障をきたす場合があります。個人情報の開示・訂正・削除については下記宛てにご連絡ください。

◆お問い合わせ先：(株)シード・プランニング 個人情報保護管理者 企画開発部リーダー(TEL 03-3835-9211)
 以上にご同意いただけましたら、同意欄に✓(チェック)の上、お申込書に必要事項をご記入いただき、お送りください。

 → 同意

近未来医療フォーラム事務局(株式会社シード・プランニング内) 担当:高橋、五十嵐、大津

FAX 送信先: 03-3831-0495 / E-mail 送信先: nfmfd@seedplanning.co.jp