

FAX返信用紙

**日整会・大阪府医師会単位の取得ご希望の先生方は
各項目を記載の上、下記FAX番号まで送信お願い申し上げます。**

①御連絡メールアドレス

※受講料の事前振込みのメールをお送り致します

メールアドレス：

②日整会の単位取得：希望する 希望しない

※単位取得をご希望される場合は以下についてご記載下さい

日整会の会員番号(8桁)：

③大阪府医師会の単位取得：希望する 希望しない

※単位取得をご希望される場合は以下についてご記載下さい

市区群医等医師会名：

チケット番号：

④ご施設名：

⑤ご氏名：

【返信宛先：千船病院 地域医療科】

返信用FAX番号：06-6474-0161 (地域医療科 直通)

【視聴にあたっての注意事項】

当日は視聴用URLをクリック頂き、ご施設名とご氏名等を入力頂きますようお願い申し上げます。

※日整会単位取得希望の先生は千船病院地域医療科から受講料の事前振込に関するご案内メールを送付させていただきますので、事前振込のほど宜しくお願い致します。

当日は、表面記載のURLまたは二次元コードより御参加お願い申し上げます。

ご氏名を入力の上参加頂き、**カメラオン**の状態にして下さい(単位取得の必須条件です)。

※弊社にてご視聴の記録が確認出来ない場合は単位の取得が出来ませんのでご注意ください。

【視聴に関するお問合せ】

持田製薬株式会社：takashi.akazawa@mochida.co.jp