

入会申込書 FAX送付状

送付先：アステラス製薬株式会社 営業推進部 小林 行

FAX : 03-3244-3240

区分 ()内に何期生か 数字を記入	()期生 ・ [年度]講習会修了
ご施設名	
ご所属	
お役職	
ご芳名	
TEL	() —
FAX	() —
E-mail	

- ※ 個人情報は「医療福祉連携士の会」の運営のみに使用させていただきます。
- ※ 「医療福祉連携士の会」等のご案内をメールで配信いたしますので、E-mail アドレスは極力ご記入ください。ご協力の程よろしくお願い申し上げます。
- ※ 上記内容を記入後、下記メールアドレスに送付いただいても結構です。

事務局：アステラス製薬株式会社
営業推進部 小林正和

〒103-8411 東京都中央区日本橋本町 2-5-1 TEL:03-3244-6703

E-mail : masakazu-kobayashi@astellas.com