

参加ご希望の方は、この申込書にご記入の上、FAXまたは電子メールでお申し込みください。

**FAX 046-220-1706**

**参加申込書 慢性腎臓病 (CKD) シンポジウム**

「CKDシンポジウム」運営事務局 宛

〒 - 住所	電話番号
ふりがな	FAX番号
氏名	腎臓検診クリニック受診を 希望する ・ 希望しない (どちらかに○をおつけください)
〒 - 住所	電話番号
ふりがな	FAX番号
氏名	腎臓検診クリニック受診を 希望する ・ 希望しない (どちらかに○をおつけください)
〒 - 住所	電話番号
ふりがな	FAX番号
氏名	腎臓検診クリニック受診を 希望する ・ 希望しない (どちらかに○をおつけください)

**申込要領** FAXもしくは電子メールで次の内容をご記入になり、下記の申込先あてに、お送りください。

なお、電話による受付は行っておりません。

参加される方全員の住所、ふりがな、氏名、電話・FAX番号、メールアドレス(電子メールでお申し込みの場合)

※報道関係の方も一般の方と同様に申込みをお願いいたします。

※腎臓検診クリニックは事前申込みのある方を優先いたします。ただし希望者多数の場合はお断りする場合もございます。ご了承ください。

**申込締切** 平成24年3月5日(月) 17時必着

(申込をされた方につきましては、参加人数等の都合上、参加をお断りする場合のみご連絡いたしますので、特に連絡がない場合は当日、直接会場にいらしてください。)

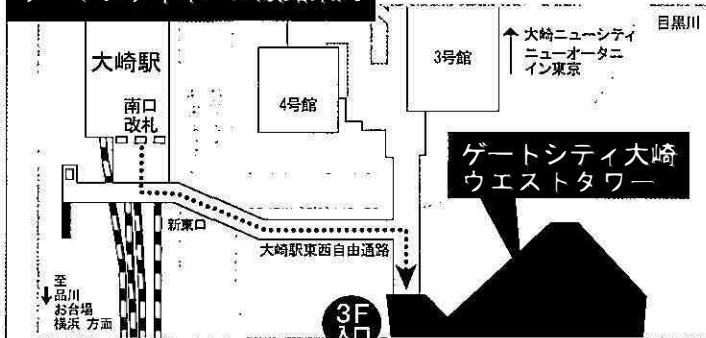
**申込先** (株)メディカル東友 内「CKDシンポジウム」運営事務局

**FAX 046-220-1706**

**電子メール ckd@mtoyou.jp**

※ご記入いただきました個人情報、慢性腎臓病(CKD)シンポジウムの運営のために使用し、第三者に提供することはありません。

**ゲートシティホール順路案内**



**ゲートシティホール**

東京都品川区大崎1-11-1 ゲートシティ大崎ウエストタワー B1  
JR線 大崎駅南改札口(新東口)より徒歩1分

