

2017年度『熱中症対策出張講座』 申込書

申込日：平成29年 月 日

「熱中症対策出張講座」を申し込みます

団体名：

住所：〒

担当者名：

所属：

電話

FAX

ご希望日	第1希望	平成29年	月	日
	第2希望	平成29年	月	日

※お申し込みは開催希望日のおよそ1週間前までをお願いします。日程によってはご要望にお応えできない場合もあります。

※お預かりした個人情報につきましては、本件のご連絡のみに使用致します。お客様の個人情報をお客様の同意なしに第三者に開示提供することはありません。(法令などにより開示を求められた場合は除く。)

お申し込みはFAXにてお願いいたします。

Fax送信先 096-324-6315

大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部 熊本支店

※実施の可否、日程等につきまして弊社担当者より連絡させていただきます