

3月23日キッズツアー 参加申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(申し込み先)

愛知県アレルギー疾患医療連絡協議会事務局

(藤田医科大学 総合アレルギーセンター)

〒454-8509 愛知県名古屋市千川区尾頭橋三丁目6番10号

TEL: 052-323-5715

担当: 山田・荒川

FAX: 052-323-5716

フリガナ			
氏名	親御様のお名前	お子様のお名前	歳
自宅住所	〒 _____ 都道 _____ 府県 _____		
TEL		FAX	
Eメール			<input type="checkbox"/> 【配信を希望しない】
ご記入いただいたEメールアドレスは今後の講演会・研修会のお知らせに使用させていただく事があります。配信を希望されない方はEメールアドレス記入欄右の【配信を希望しない】にチェックをお願いいたします。			
お子様のアレルギーの有無を下記にご記入ください。			
○個人情報の利用目的 取得した個人情報は、以下の利用目的にのみ利用し、それ以外の目的には利用いたしません。 ①ばんたね病院キッズツアーの申し込み ②お問い合わせに対する回答等のご連絡 ③上記以外のアレルギー講演会・研修会のお知らせ（希望者のみ）			

FAXでのお申し込みをお願いいたします。

FAX:052-323-5716