

送信先：東精診事務局

FAX:03-6382-5956

回答欄

●ご氏名 _____ 所属先 _____ 区分：東精診会員 非会員

●参加方法をお選びください。

会場参加 ・ WEB 視聴参加

●WEB 視聴希望の方は、メールアドレスの記載をお願い致します。(楷書でお間違いないようお願い致します)

_____ @ _____

●取得単位希望 _____ 専門医： 有 ・ 無 _____ 生涯教育： 有 ・ 無 _____

<講演会ご参加の際の注意事項>

ログインの際には、ご施設名、お名前のご入力をお願い致します。講演会の録画/録音はご遠慮願います。本会へのご参加には事前登録が必要です。講演会への参加用 URL は転送をご遠慮願います。当日はご参加頂いた確認の為、ご施設名、ご芳名のご記帳をお願い申し上げます。ご提供頂きました個人情報は、講演会のご出席者の確認のためにのみ使用いたします。個人情報は、主催関係者および業務委託先を除く第三者に開示・提供することはありません。個人情報は、弊社の個人情報保護方針に基づき、安全かつ適切に管理いたします。