

郵送先: 〒571-0081 大阪府守口市日吉町 2-5-15  
ジェイドルフ製薬(株) 営業本部 ジオン部  
四段階注射法講習会 事務局 TEL 06-7507-2192

## ALTA 療法見学申込書

申込日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

以下のとおり「ALTA 療法見学申込書」を提出致します。

申込者(医師名)	
施設名及び診療科名	施設名: 診療科名:
連絡先 (施設住所など)	〒: 住所: TEL: _____ ( _____ ) _____ FAX: _____ ( _____ ) _____ メール: _____ <b>* 連絡間違い防止のため、文字は明確にご記入ください</b>
見学希望医療機関	第1希望: 第2希望:
見学希望時期	第1希望: _____ 年 _____ 月 ・ 第 _____ 週頃 第2希望: _____ 年 _____ 月 ・ 第 _____ 週頃

※見学希望の2ヵ月前までに所定の様式でお申し込みください。  
※申込み受付後、折り返し日程の調整などにつきましてご連絡させていただきます。  
※お申込みいただきましても医療機関の都合でご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。  
※見学受入は医療機関のご好意によるものです。見学にあたっては医療機関にご迷惑のかからないようにご留意をお願い致します。  
※見学に伴う一切の費用(交通費など)は、見学者負担となります。

### ジェイドルフ製薬記入欄

医療機関名: \_\_\_\_\_ 診療科: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_ 先生

上記の「ALTA 療法見学申込書」を受領致しました。見学希望医療機関と調整の上、改めてご連絡申し上げます。

受付日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当 \_\_\_\_\_ 印

2020.3.23 改