

ジオン（ALTA）注 使用施設登録用紙

ご芳名、ご所属施設名（科名）、ご住所、電話番号等をご記入の上、ご提出下さい。

ご登録いただきました施設でのみ、ジオン注を使用することができます。

なお、本内容はジオン注受注時の受講証交付医師の在籍確認および内痔核治療法研究会の運営にのみ使用いたします。

ジェイドルフ製薬株式会社

受講年月日	西暦 年 月 日		
受講会場			
フリガナ			
ご芳名			
施設名	常勤施設	非常勤施設	
科名			
施設住所	〒	〒	
電話番号	— —	— —	
FAX 番号	— —	— —	
E-mail			

内痔核治療法研究会 代表世話人 殿

- 1) ジオン注の使用にあたっては、添付文書を熟読し、本剤の安全性を理解した上で使用を開始いたします。
- 2) 受講者本人のみが使用いたします。

西暦 年 月 日 ご署名 _____ (必須)