

# 2017年度がん征圧全国大会(石川県大会) FAX参加申込書

FAX:076-238-9207

※申込締切:平成29年8月16日(水)

①	フリガナ	
	ご氏名	
	ご住所	〒 -
	お電話番号	
	貴所属 (企業・団体名)	
②	フリガナ	
	ご氏名	
	ご住所	〒 -
	お電話番号	
	貴所属 (企業・団体名)	
③	フリガナ	
	ご氏名	
	ご住所	〒 -
	お電話番号	
	貴所属 (企業・団体名)	
④	フリガナ	
	ご氏名	
	ご住所	〒 -
	お電話番号	
	貴所属 (企業・団体名)	
<備考>		

《個人情報の取扱いについて》

参加申込書に関する一切の個人情報の取扱いに関しましては、本イベントに関する目的に限って利用させていただきます。

※ 4名様以上でお越しいただけますときは、お手数ですが本紙をコピーいただきますようお願い申し上げます。

**【お問合せ先】**

業務課 為田

公益財団法人 石川県成人病予防センター

〒920-8201 金沢市鞍月東2丁目6番地

TEL 076-237-6262

FAX 076-238-9207