

※参加ご希望の方は、必要事項をご記入頂き4月8日（月）までにFAX
をお願い申し上げます。

骨粗鬆症による再骨折予防対策連携会 参加申込用紙

ご施設名： _____

参加人数： _____

下記宛先まで FAX をお願い申し上げます。

FAX の折返し連絡はいたしておりません。

FAX : 052-951-4017

担当 : 中外製薬（株）名古屋新薬 1 室

佐藤 大悟