

< F A X でお申込みの方用 >

医療情報システム研究会事務局行き ( F A X : 0 6 - 6 9 2 0 - 5 7 8 5 )

## 第 1 8 3 回医療情報システム研究会 参加申込書

開催日 : 2 0 1 9 年 1 1 月 1 5 日 ( 金 ) ~ 1 6 日 ( 土 )

会 場 : 高知医療センター様

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 貴施設名 |  | 電話番号 |  |
|------|--|------|--|

※下記<個人情報の取り扱いについて>に同意の上お申し込みください。  
複数名でお申込みをいただく際は、お申込みをされる方全員が同意していることをご確認の上、お申込み願います。

※参加申込みをもって受付完了とさせていただきます。ご参加者様には、別途詳細ご連絡をさせていただきます。

| 参加者お名前 | 性別 | 所属 ( 役職 ) | 当日の緊急連絡先 |
|--------|----|-----------|----------|
|        |    |           |          |
|        |    |           |          |
|        |    |           |          |
|        |    |           |          |
|        |    |           |          |

※アレルギー情報等、伝えるべき事項がありましたら、空白に記載ください。

< 個人情報の取り扱いについて >

申し込みの際にご記入いただいた情報は、富士通株式会社が、本研究会に関する連絡、宿泊手配、受付業務など、本研究会の運営目的でのみ利用いたします。

上記目的のために病院様、宿泊先ホテル、及び運営委員に必要な情報 ( 施設名、所属、お名前等 ) を契約により厳格な管理を義務付けたくうえで、E-mail 等で提供いたします。

また、上記目的のため、お客様の個人情報を委託先 ( 富士通トラベランス株式会社 ) に預託いたします。

個人情報の開示、訂正、追加、削除及び利用停止を希望される場合は下記申込先までご連絡ください。

※複数名分を纏めてお申込みをいただく際は、お申込みされる方全員が、「個人情報の取り扱いについて」に同意していることをご確認の上、お申込みねがいます。

[問い合わせ先]

医療情報システム研究会事務局

[富士通株式会社関西ヘルスケア統括営業部内 担当:佐藤、高木、國定(くにさだ) Tel.06-6920-5629]